

HISTORIAL DE SALUD DE AUDICIÓN

Para uso de Chequeos KBH para niños de cinco años.

Los niños que han tenido muchas infecciones del oído y periodos de sordera son mas probables a tener dificultades de lenguaje, vocabulario, y para escuchar. Cierta historia es beneficiosa para una evaluación más completa.

Padres o guardián(es), por favor contesten las siguientes preguntas:

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Doctor primario: _____

- 1. ¿Su niño(a) tuvo problemas* del oído antes de la edad de 1 año? **SI** **NO**
- 2. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido liquido en el oído? **SI** **NO**
- 3. ¿Aproximadamente cuantos problemas de oído ha tenido su niño(a) en su vida?
0-2 3-5 6-10 10 o más
- 4. ¿Su niño(a) suele tener 4 o más problemas de oído al año? **SI** **NO**
- 5. ¿Su niño(a) ha tenido un problema del oído durante los últimos 6 meses? **SI** **NO**
- 6. ¿Su niño(a) ha tenido un problema del oído que duro 3 meses o más? **SI** **NO**
- 7. ¿Alguna persona relacionada al niño(a) ha tenido muchos problemas del oído? **SI** **NO**
- 8. ¿Alguna vez a visto un especialista a su niño(a)? **SI** **NO**
¿Si sí, que doctor? _____
¿Mes/Año de la última visita? _____
- 9. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido tubos colocados en el tímpano? **SI** **NO**
¿Si sí, cuántas veces? _____
¿En/A qué edad(es)? _____
¿Cuál oído? _____
- 10. ¿Le preocupa la audiciencia de su niño(a)? **SI** **NO**
- 11. Por favor marque todos que apliquen a su niño(a): **SI** **NO**

Viruela lesión en la cabeza meningitis episodio de fiebre muy alta
Otras condiciones serias como cáncer
Por favor describa la condición

*Problema del oído = infección del oído, dolor de oídos, medicina que se tomó para los oídos, líquido detrás del tímpano, agujero en el tímpano, etc.

REFERENCIA ES NECESARIA SI UN NIÑO RESPONDE DI A CUALQUIER UN INDICADOR EN UNA PANTALLA DE PAPEL DE LA AUDIENCIA INICIAL.

Screener: _____ Date: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.

Well Child Check Visual Acuity

Corrected: Yes / No

OD - Right eye: 20/____

OS - Left eye: 20/____

OU - Both eyes: 20/____

Patient is unable to complete visual acuity due to:

***Please remember to document in Cerner intake