



AUDIOLOGÍA INFANTIL HISTORIA AUDITIVA

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

Fecha: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

HISTORIA PRENATAL Y DEL NACIMIENTO

1. ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o el parto? SÍ NO

En caso afirmativo, explique:

2. ¿Recibió su bebé oxígeno o ventilación después del parto? SÍ NO

En caso afirmativo, explique:

3. ¿Su bebé fue atendido en una guardería de cuidados especiales? SÍ NO

En caso afirmativo, explique las circunstancias y la duración de la estancia:

4. Peso al nacer: _____ libras _____ onzas Edad de la madre al nacer: _____

5. ¿Su bebé nació prematuramente? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas antes de su fecha de parto? _____

6. Indique el hospital de nacimiento u otro lugar de nacimiento:

7. ¿Se ha sometido a pruebas de audición anteriormente? SÍ NO

En caso afirmativo, explique las circunstancias y la duración de la prueba:

Marque cualquiera de las siguientes condiciones que presentó su bebé:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias | <input type="checkbox"/> Mancha o aspiración de meconio |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Tratamiento de antibióticos | <input type="checkbox"/> Incompatibilidad sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis | <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> CMV - citomegalovirus |
| <input type="checkbox"/> Herpes simple | <input type="checkbox"/> Exposición a drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre |
| <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento | <input type="checkbox"/> Infección o líquido en el oído | <input type="checkbox"/> Bajas puntuaciones de APGAR |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

HISTORIA AUDITIVA

1. Su bebé, ¿se asusta con los ruidos fuertes? SÍ NO
2. Su bebé, ¿se calla con su voz o con música? SÍ NO
3. ¿Su bebé balbucea actualmente o lo hacía anteriormente utilizando consonantes como “bababa”? SÍ NO
4. ¿Tu bebé gira su cabeza hacia los sonidos? SÍ NO
5. Hay antecedentes familiares de pérdida de audición infantil? SÍ NO

En caso afirmativo, explique:
