



Ciencias y trastornos de comunicación

Una universidad que ofrece igualdad de oportunidades
Bellingham, Washington 98225-9171
(360) 650-3881 Fax (360) 650-4334

Persona que llena el formulario: _____ Parentesco con el paciente: _____

Firma

Fecha

CLÍNICA DE AUDIOLOGÍA:
FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO PARA BEBÉS Y NIÑOS
(de recién nacidos hasta los doce años)

Nombre del paciente: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Remitido por: _____

1. Motivo de la visita:

2. ¿Cree que su hijo tiene algún problema auditivo? Sí No
Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo lo notó? _____

3. ¿Tiene evaluaciones previas de audición? Sí No
¿Dónde?: _____
¿Cuándo?: _____
¿Cuáles fueron los resultados? _____

¿Qué recomendaciones le dieron? _____

4. ¿Su hijo responde a los sonidos? Marque todas las opciones que correspondan:
- Se asusta con sonidos fuertes
 - Se da cuenta de los sonidos en el hogar (p. ej., auto, perro, timbre)
 - Ubica el origen de los sonidos
 - Lo escucha cuando lo llama desde otra habitación
 - Ve su rostro fijamente
 - Sube el volumen de la televisión.
 - Otro _____
5. ¿Tiene algún familiar que haya sufrido pérdida auditiva antes de los 50 años? Sí No
 Si la respuesta es SÍ, ¿qué parentesco tiene esa persona con su hijo? _____
6. ¿Se presentó algo inusual durante el embarazo? Sí No
 (p. ej. enfermedades o infecciones maternas como citomegalovirus, sarampión, paperas, exposición a químicos, drogas, radiación y complicaciones durante el embarazo, entre otros)
 Si la respuesta es SÍ, explique: _____
7. ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? Sí No
 (p. ej., trabajo de parto prolongado, parto asistido con fórceps, cesárea, sangrado, ruptura prematura de membranas o cualquier otra complicación)
 Si la respuesta es SÍ, explique: _____
8. ¿Se presentó algún factor que haya puesto al niño en mayor riesgo de padecer la pérdida auditiva?
 Sí No Si la respuesta es SÍ, seleccione todas las opciones que correspondan:
- Antecedentes familiares de pérdida auditiva infantil congénita o de aparición tardía
 - Bajo peso al nacer (*de 1,500 gramos o menos*)
 - Índice de Apgar bajo (*un índice de 4 o menos al minuto y 6 o a los 5 minutos de nacer de cinco signos vitales: frecuencia cardíaca, esfuerzo al respirar, tono muscular, respuesta a un catéter en el orificio nasal y color*)
 - Drogadicción de la madre (*uso de drogas recetadas por un médico o ilícitas*)
 - Bajo índice de crecimiento intrauterino (*RCIU de 5 % o menos*)
 - Ventilación mecánica (*más de 5 días*)
 - Anomalías craneofaciales u óseas (*anomalías en la cabeza, cuello, boca y oídos, entre otros, que son obvios a simple vista*)
 - Labio leporino/fisura palatina

- Hiperbilirrubinemia, también conocido como ictericia (*niveles excesivos de bilirrubina que requieren una exanguinotransfusión*)
- Medicamentos ototóxicos durante más de 7 días (*gentamicina y vancomicina, entre otros*)
- Sangrado intracraneal u otras anomalías del sistema nervioso central
- Meningitis por bacterias
- Infecciones perinatales congénitas (*herpes, VIH, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis*)
- Otro: _____

9. ¿Alguna vez ha sufrido un trauma craneal? Sí No
 (p. ej. traumatismo al nacer, fractura de cráneo, conmoción cerebral o desmayos, entre otros)
 Si la respuesta es SÍ, describa e incluya fechas y circunstancias específicas _____

10. ¿Tiene antecedentes de algún otro padecimiento médico? Sí No
 (p. ej., diabetes, riñones, circulatorios/corazón, tiroides o infecciones, entre otros)
 Si la respuesta es SÍ, describa: _____

11. ¿Actualmente toma algún medicamento? Sí No
 Si la respuesta es SÍ, ¿qué medicamento(s) toma? _____
 ¿Para qué? _____

12. ¿Su hijo tiene antecedentes médicos de infecciones en los oídos? Sí No
 Si la respuesta es SÍ, ¿en cuál oído? Derecho Izquierdo Ambos
 ¿A qué edad comenzaron? _____
 ¿Qué tan frecuentes eran? _____
 ¿Cuáles eran los síntomas? _____
 ¿Ha recibido tratamiento para las infecciones? _____
 ¿Cuándo fue la última vez que tuvo una infección? _____
 Observaciones: _____

13. ¿Su hijo tiene antecedentes médicos de mareos? Sí No
 Si la respuesta es SÍ, ¿cómo los describiría? _____

 ¿Cuándo comenzaron? _____
 ¿Qué los provoca? _____
 ¿Con qué frecuencia suceden? _____
 ¿Se ha consultado con un médico? Sí No
 Observaciones: _____

14. ¿Existe alguna otra inquietud relacionada con su desarrollo? Sí No

Si la respuesta es SÍ, describa: _____

15. ¿Cree que su hijo tiene un retraso del habla y/o lenguaje? Sí No

Si la respuesta es SÍ, describa porqué: _____

16. ¿Cuáles son sus inquietudes principales sobre la capacidad auditiva de su hijo con respecto a sus actividades cotidianas o la escuela, entre otros? _____

OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE: _____
