

PREGUNTAS DE AUDICION PARA ADOLESENTE

Paciente: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Persona completando esta forma: _____

Relacion al Paciente: _____

Cual es la rason de este examen: _____

HISTORIA DE AUDICION

Si / No 1) Alguien sospecha perdida de audicion? Quien lo sospecha? _____

Si / No 2) Usted sospecha una perdida de audicion? (Si la respuesta es "no" pase a la pregunta #3)

A. A que edad empeso usted a sospechar una perdida de audicion? _____ meses _____ anos

B. Piensa usted que la criatura escucha major en unas ocasiones que otras? Si / No

Si / No 3) Algun miembro de su familia tiene problemas de audicion?

(Si la respuesta es "no" siga a la #4)

A. Que relacion tiene la persona con la criatura? _____

B. Que causo la perdida de audicion? _____

Si / No 4) Responde la criatura ha sonidos? Cheque todos lo que apliquen

_____ voz baja _____ un puertaso _____ uno de los padres llamando su nombre _____ telefono _____ timbre de
puerta

Si / No 5) Voltea la criatura en la direccion de un sonido?

Si / No 6) Tiene alguna preocupacion de como habla la criatura?

A. Dice por lo menos diez palabras? Si / No

B. Dice horaciones de 2 o 3 palabras? Si / No

C. Personas qe no son de la familia comprenden a su hijo/a? Si / No

D. Va con una therapista de habla? Si / No

Si / No 7) Ha tiendo un examen de audicion antes? (Si la repuesta es "no", siga a la #8)

A. Cuando ocurrio? _____

B. Que fueron los resultados? _____

Si / No 8) Alguna vez ha usado aparatos de los oidos? (Si la repuesta es no siga a la #9)

A. En cual oido? Derecho / Izquierdo / Los dos oidos (Tiene CCS? _____)

B. Desde que edad uso los aparatos? _____

C. Modelo de el aparato/s? _____

PREGUNTAS DE EL EMBARAZO Y EL NACIMIENTO

Si / No 9) Fueron compatibles las sangres de los padres?

Si / No 10) Fue premature el embarazo?

Si la respuesta fue "si", de cuantas semanas fue el embarazo? _____

Si / No 11) Tomo drogas durante el embarazo?

Que/Cuando _____

Si / No 12) Tiene la madre o la criatura un pasado de enfermedades contagiosas?

_____ Rubella _____ Sifilis _____ Hapatitis B _____ Herpes _____ Sindrome de bebidas de feto

Si / No 13) Fue el embarazo normal? Si la respuesta fue "no", diga porque _____

Si / No 14) Peso lo normal al nacer? Si la respuesta fue "no", cuanto peso _____

Si / No 15) Alguna vez fue admitida la criatura a Cuidados Intensivos?

Si / No 16) Fue normal la condision de la criatura al nacer?

Si la respuesta fue "no", diga porque _____

HISTORIA MEDICA

Si / No 17) Ha tenido la criatura alguna de las siguientes enfermedades? Indique cuales.

___ Birguela ___ Sarampion ___ Paperas ___ Escarlatina ___ Meningitis

___ Calentura mas de 104 grados ___ Encefalitis ___ Enfermedad de la Sangre

Alguna complication durante una de estas enfermedades _____

Si / No 18) Tiene algun otro problema medico?

Porfavor de una descripcion _____

Si / No 19) Toma medicamentos la criatura? Que? _____

Si / No 20) Tiene problemas de la vision?

Si / No 21) Tiene dificultades masticando o pasando saliva?

Si / No 22) Ha diferenciado el crecimiento de su hijo/a comparando a otros de su edad?

Como _____

Si / No 23) Ha tenido frecuentes infecciones de los oidos o congestion en los oidos?

Cada cuando? _____

Ha tomado medicamentos para la infection? Si / No Que? _____

Si / No 24) Tiene dificultades en la escuela? _____