



### HISTORIA MÉDICO PARA PEDIÁTRICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Favor de llenar este formulario para lo mejor de su capacidad para que el audióloga comprenderá mejor salud de su hijo y sus inquietudes. Gracias.

¿Por qué su hijo está teniendo una prueba de audición? \_\_\_\_\_

#### HISTORIA DE AUDIENCIA:

Por favor, haga un círculo en "No" o "Sí" a las siguientes preguntas. Si "Sí", por favor describir en el espacio proporcionado.

N	S	¿Tienes preocupaciones acerca de la audición de su hijo? Por favor describir:
N	S	¿Su hijo paso la proyección de audiencia cuando nacio? Deje en blanco si es desconocido.
N	S	¿Su hijo demostrar cualquiera de las siguientes habilidades de audiencia? Compruebe todo lo que corresponda. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sobresalta con sonidos fuertes</li> <li><input type="checkbox"/> Sigue su voz</li> <li><input type="checkbox"/> Disfruta música</li> <li><input type="checkbox"/> Sabe su nombre</li> <li><input type="checkbox"/> Vendrá si llama desde otra habitación</li> <li><input type="checkbox"/> Indica a partes del cuerpo</li> <li><input type="checkbox"/> Sigue instrucciones simples (por ejemplo, recoger sus juguetes, ir a buscar los zapatos)</li> <li><input type="checkbox"/> Responde a las preguntas (por ejemplo, estás hambriento, quiere ir a fuera)</li> </ul>
N	S	¿Tu hijo usa audífonos? Cuando comenzó:

#### HISTORIA OTOLÓGICOS:

Por favor, círculo "Sí" si su hijo está o ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas. Favor describir en el espacio proporcionado.

N	S	¿Las infecciones del oído? ¿Si es así, cuántos por año?
N	S	¿Drenaje de las orejas? Cuando:
N	S	¿Cirugía de oído (incluyendo tubos)? Cuando:
N	S	¿Tienes preocupaciones sobre el equilibrio de su hijo?

#### HISTORIA DE FAMILIA:

Por favor, haga un círculo en "No" o "Sí" a la pregunta a continuación. Si "Sí", favor describir en el espacio proporcionado.

N	S	¿Tienes familiares de <u>cualquier</u> edad con pérdida de la audición? favor describir:
---	---	--

**HISTORIA DEL DESARROLLO:**

Por favor, círculo "Sí" si hay preocupaciones sobre el desarrollo del niño en cualquiera de las siguientes áreas. Si "Sí", describa la condición y cualquier espacio de evaluación de la terapia.

N	S	¿Motor / músculo / física? Por favor describir:
N	S	¿Habla / lenguaje? Por favor describir:
N	S	¿Cognitiva y aprendizaje? Por favor describir:
N	S	¿Social / Juega? Por favor describir:
N	S	¿Comportamiento y atención? Por favor describir:

**SALUD GENERAL:** Excelente Bueno Razonable Malo

**LAS CONDICIONES DE SALUD, ESPECIALISTAS, CIRUGÍAS, ETC.:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS (MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, MEDIO AMBIENTE):** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE SALUD:**

Por favor, haga un círculo en "No" o "Sí" a las siguientes preguntas. Si "Sí", Por favor describir en el espacio proporcionado.

N	S	¿Experimento complicaciones del embarazo o infecciones intrauterinas (por ejemplo, CMV, diabetes gestacional, herpes simple, etc.)? Por favor describir:
N	S	¿Fue su parto prematuro? # de semanas gestación :
N	S	¿Fue su parto vaginal normal? Si no es así, especifique complicaciones, asistencia al vacío o cesárea:
N	S	¿Su hijo tenía que permanecer en el hospital NICU después del nacimiento? # Días: Motivo:
N	S	¿Su hijo tiene cualquier ictericia (amarillamiento de la piel o los ojos) al nacer? Tratamiento:
N	S	¿Su hijo nunca lleva en ventilación (oxígeno) durante un período prolongado de tiempo? Motivo:
N	S	¿Su hijo jamás ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Por favor, <u>círculo</u> todas que se aplican. CMV, RSV, encefalitis, meningitis, varicela, paperas, sarampión
N	S	¿Su hijo jamás ha tenido dano en la cabeza o el cuello? Cuando: Sírvase describir:
N	Y	¿Tienes alguna duda en la visión de su hijo? Por favor describir: