

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

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.**

Para las mujeres, se recomienda verificar un examen de CBC al comienzo de la menarquia ( ciclo menstrual). Podemos ordenarlo el día de hoy durante esta visita (si no se ha hecho previamente después del inicio de la menarquia).

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que se realice el estudio de laboratorio a mi hijo.

\_\_\_\_\_ Rechazo No doy mi consentimiento para los estudios de laboratorio a mi hijo.

---

Firma de los padres

---

Fecha

# 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