

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

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.



Cuestionario Obligatorio para Examen de Plomo en la Sangre

Debe ser completado en cada examen de KBH de 6 a 72 meses

Su hijo: (circule la respuesta recibida)	FECHA: (MM/DD/YYYY)						
1) ¿A vivido en o visitado una casa o apartamento construido antes del 1960? (Esto puede incluir una guardería, preschool, la casa de su niñera o un pariente.)	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
2) ¿A vivido en o visitado regularmente una casa o apartamento construido antes del 1960 que este, aya estado, o vaya estar bajo renovación o remodelación?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
3) ¿Tiene un pariente con un alto nivel de plomo en la sangre?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
4) ¿Tiene comunicación con un adulto que trabaje o que tenga un pasatiempo que involucre la exposición a plomo? acabado de muebles, haciendo vidrio manchado, electrónicos, soldando, reparación automotriz, haciendo pesas o señuelos para pescar, cargando casquillos o balas en una escopeta, disparando armas, haciendo reparos o remodelaciones, pintando/desmontando pintura, juguetes antiguos o importados, y/o haciendo cerámica	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
5) ¿A vivido cerca de un fundidor de plomo, planta de baterías u otra industria de plomo? parque/explosivos, reparación de auto/ exterior de auto, quitando o juntando cable/alambre, produciendo cables, cerámica, rango de disparos, fabrica de vidrio plomado, maquinaria/equipo industrial, maquinaria o reparación de joyas, mina de plomo, fabricante de pintura/pigmento, plomería, reparación de radiador, yunque de metal o baterías, hierro o metal, o fundidor derretido	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
6) ¿Usa trastes cristalinos o de cerámica para cocinar, comer o beber?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Una respuesta positiva a estas preguntas <u>exige</u> obtener el nivel de plomo en la sangre. Por favor, recuerde que el nivel de plomo en la sangre es obligatorio a los 12 y 24 meses, aunque las respuestas no sean positivas. ¿Se obtuvo el nivel de sangre?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Iniciales de Personal que dio la entrevista							

Firma de Personal:

POR FAVOR NOTE QUE LOS PROVEEDORES DEBE INTERPRETAR E INICIAR CUIDADO SE INDICA.

Nombre del Paciente: _____

Numero de ID: _____

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