

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.

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