Detección & Intervención Auditiva Temprana

EHDI Arkansas

Examinación Auditiva Inicial Del Infante

Examinación Auditiva Inicial del Infante

Apellido:

Fecha de Nacimiento: - - 2 0 1

Nombre:

Registro Médico #

Sexo: M ☐ F ☐ Edad Gestacional: Peso al Nacer:

Pluralidad: 1) Soltero 2) Gemelos 3) Triples 4) Cuádruples 5) Quíntuples 6) Séxtuples 7) Séptuples 8) Octuples 9) Desconocido

Hospital de Nacimiento: # de la Institución: - H

Transferido a:

Grupo PCP: Nació en Casa: ☐

Información de Contacto: *Favor de identificar la persona de contacto como* Madre ☐ Agencia ☐ Guardián ☐ Adopción Pendiente ☐

Apellido: **Mo. Registro Médico #:**

Nombre: Si es el guardián, relación con el niño:

Lenguaje Primario del Contacto: Inglés ☐ Español ☐ Otro ☐ Padre Biológico: Si ☐ No ☐ No Aplicable ☐

Dirección Línea 1: Número de Teléfono Primario:

Dirección Línea 2: - -

Ciudad: Número de Teléfono Alternativo:

Estado: Código Postal: - -

Contacto Secundario Relación con el Niño:

Apellido: Teléfono Primario: - -

Nombre: Teléfono Alternativo: - -

Información Sobre el Examen de Detección

Nombre de la Institución Que Hace el Examen (si es diferente a la del nacimiento): **Fecha del Examen:** - - 2 0 1

de la Institución que Examina: -

Primera Inicial del Examinador: Apellido del Examinador: Título del Examinador:

Tipo de Seguro Médico Básico: Público ☐ Privado ☐ Persona Paga ☐

¿Se ha dado de alta el bebé alguna vez desde que nació? Si ☐ No ☐

Factores de Riesgo: Periodo Neonatal Inmediato

- ☐ Historia familiar de pérdida auditiva infantil permanente
- ☐ Admisión a NICU más de 5 días
- ☐ ECMO
- ☐ Ventilación Asistida
- ☐ Administración de medicamentos ototóxicos
- ☐ Diuréticos de asa
- ☐ Hiperbilirrubinemia que requiere exanguíneo-transfusión
- ☐ Sospecha de infección in-útero (ejemplo: CMV, herpes, rubeola, sífilis, toxoplasma)
- ☐ Anomalías cráneo-faciales incluyendo del pabellón de la oreja, canal auditivo, carnosidades, quistes o agujeros en el oído, y anomalías óseas temporales

Factores de Riesgo: Después del Periodo Neonatal Inmediato

- ☐ Preocupación del cuidador acerca de la audición, habla, lenguaje, o retraso en el desarrollo
- ☐ Hallazgo físico asociado con un síndrome que incluye pérdida auditiva (ejemplo: mechón blanco)
- ☐ Desorden neurodegenerativo
- ☐ Infecciones post-natales (Ejemplo: herpes, varicela, meningitis)
- ☐ Trauma de la cabeza
- ☐ Diagnóstico de Citomegalovirus (CMV)
- ☐ Quimioterapia

Método del Examen y Resultados

Método del Examen: OAE ☐ AABR ☐

Oído Izq.: Pasó ☐ Falló ☐ DNT ☐ Razón ( )

Oído Der: Pasó ☐ Falló ☐ DNT ☐ Razón ( )

Razón de DNT(No Examinado): Fallo del Equipo(1) Alta Antes del Examen(2) Transferencia de Emergencia(3) Expiración del Infante (4) Negativa de los Padres (5) Atresia (6) No Nació en Hospital (7) Lo Pasó Previamente (8)

Programación de Cita de Audición Infantil (*Por favor haga la cita ya sea para Reexaminación o para Batería de Pruebas Diagnósticas*) **Alta a Cuidado Paliativos:** ☐

Examinación inicial después de ser dado de alta ☐ Reexaminación ☐

Batería de Pruebas Diagnósticas ☐

Fecha de la Cita: - - 2 0 1

Hora de la Cita: : AM ☐ PM ☐

Nombre del Hospital o Clínica (si es diferente a la del nacimiento):

Referencia del Grupo de PCP enivada a: