Detección & Intervención Auditiva Temprana

EHDI Arkansas

Examinación Auditiva Inicial o Reexaminación

Examinación Auditiva Inicial o Reexaminación del Infante Después de Ser Dado de Alta

PDIS ☐ **Reexaminación** ☐ **Fecha del Examen:** - - 2 0 1

Información Actualizada: ¿Es el nombre del infante el mismo registrado al nacimiento? Si ☐ No ☐
¿Es la información de contacto de la madre/guardián/Agencia la misma que la registrada al nacimiento? Si ☐ No ☐

Apellido del Niño (a): **Fecha de Nacimiento:** - - 2 0 1

Nombre del Niño (a): Sexo: M ☐ F ☐

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

Apellido: Número de Teléfono Primario:

Nombre: - -

Dirección Línea 1: Número de Teléfono Alternativo:

Dirección Línea 2: - -

Ciudad: Estado: Código Postal:

Hospital de Nacimiento: # de la Institución: - H

Nombre del Grupo de PCP:

Información Relacionada al Examen de Detección

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

Nombre de la Institución Que Hace el Examen (Si es Diferente a la del Nacimiento):

Número de la Institución: -

Tipo de Seguro Básico: Público ☐ Privado ☐ La Persona lo Paga ☐

Factores de Riesgo: Después del Periodo Neonatal Inmediato

- ☐ Preocupación del proveedor de salud sobre la audición, el habla, el lenguaje, o retraso en el desarrollo.
- ☐ Hallazgo físico asociado con un síndrome que incluye pérdida auditiva (Por ejemplo mechón blanco)
- ☐ Desorden Neurodegenerativo
- ☐ Infecciones Post-natales (Por ejemplo herpes, varicela, meningitis)
- ☐ Trauma de la cabeza
- ☐ Diagnóstico de Citomegalovirus (CMV)
- ☐ Quimioterapia

Método de Detección y Resultados de las Pruebas

Método de Detección: OAE ☐ AABR ☐

Oido Izq: Pasó ☐ Falló ☐ DNT ☐ *Por favor indique la razón de DNT (No Examinado):* Fallo del equipo ☐ Lo paso anteriormente ☐ Otro ☐

Oido Der: Pasó ☐ Falló ☐ DNT ☐ *Por favor indique la razon de DNT (No Examinado): Fallo del equipo* ☐ Lo paso anteriormente ☐ Otro ☐

Programación de Cita de Audición Infantil

Si el bebé no ha sido reexaminado o fue admitido a NICU por más de 5 días y no paso PDIS, favor de hacer cita para una Batería de Pruebas Diagnósticas.

Batería de Pruebas Diagnosticas
Nombre de la Clínica:

Fecha de la Cita: - - 2 0 1

Hora de la Cita: : AM ☐ PM ☐

Referencia del Grupo de PCP enviada a: