

Examinación Auditiva Inicial del Infante											
Apellido:						Fecha de Nacimiento: - - 2 0 2					
Nombre:						Registro Médico #					
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			Edad Gestacional:			Peso al Nacer:			Pluralidad: 1) Soltero 2) Gemelos 3) Triples 4) Cuádruples 5) Quintuples 6) Séxtuples 7) Séptuples 8) Octuples 9) Desconocido		
Hospital de Nacimiento:						# de la Institución: - H					
Transferido a:											
Grupo PCP: Nació en Casa: <input type="checkbox"/>											
Información de Contacto: Favor de identificar la persona de contacto como Madre <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Adopción Pendiente <input type="checkbox"/>											
Apellido:						Mo. Registro Médico #:					
Nombre:						Si es el guardián, relación con el niño:					
Lenguaje Primario del Contacto: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						Padre Biológico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplicable <input type="checkbox"/>					
Dirección Línea 1:						Número de Teléfono Primario:					
Dirección Línea 2:						- -					
Ciudad:						Número de Teléfono Alternativo:					
Estado:						Código Postal: - -					
Contacto Secundario											
Apellido:						Relación con el Niño:					
Nombre:						Teléfono Primario: - -					
						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 2					
						# de la Institución que Examina: -					
Primera Inicial del Examinador:			Apellido del Examinador:			Título del Examinador:					
Tipo de Seguro Médico Básico: Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Persona Paga <input type="checkbox"/>						¿Se ha dado de alta el bebé alguna vez desde que nació? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Factores de Riesgo: Periodo Neonatal Inmediato						Factores de Riesgo: Después del Periodo Neonatal Inmediato					
<input type="checkbox"/> Historia familiar de pérdida auditiva infantil permanente <input type="checkbox"/> Admisión a NICU más de 5 días <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> Ventilación Asistida <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos ototóxicos <input type="checkbox"/> Diuréticos de asa <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia que requiere exanguíneo-transfusión <input type="checkbox"/> Sospecha de infección in-útero (ejemplo: CMV, herpes, rubeola, sífilis, toxoplasma) <input type="checkbox"/> Anomalías cráneo-faciales incluyendo del pabellón de la oreja, canal auditivo, camosidades, quistes o agujeros en el oído, y anomalías óseas temporales						<input type="checkbox"/> Preocupación del cuidador acerca de la audición, habla, lenguaje, o retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Hallazgo físico asociado con un síndrome que incluye pérdida auditiva (ejemplo: mechón blanco) <input type="checkbox"/> Desorden neurodegenerativo <input type="checkbox"/> Infecciones post-natales (Ejemplo: herpes, varicela, meningitis) <input type="checkbox"/> Trauma de la cabeza <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Citomegalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> Quimioterapia					
Método del Examen y Resultados											
Método del Examen: OAE <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/>											
Oído Izq.: Pasó <input type="checkbox"/> Falló <input type="checkbox"/> DNT <input type="checkbox"/> Razón ()			Razón de DNT(No Examinado): Fallo del Equipo(1) Alta Antes del Examen(2) Transferencia de Emergencia(3)								
Oído Der: Pasó <input type="checkbox"/> Falló <input type="checkbox"/> DNT <input type="checkbox"/> Razón ()			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: <input type="checkbox"/>											
Examinación inicial después de ser dado de alta <input type="checkbox"/> Reexaminación <input type="checkbox"/>						Fecha de la Cita: - - 2 0 2					
Batería de Pruebas Diagnósticas <input type="checkbox"/>						Hora de la Cita: : AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>					
Nombre del Hospital o Clínica (si es diferente a la del nacimiento):											
Referencia del Grupo de PCP enviada a:											