

Examinación Auditiva Inicial o Reexaminación del Infante Después de Ser Dado de Alta											
PDIS <input type="checkbox"/> Reexaminación <input type="checkbox"/>						Fecha del Examen: . . 2 0 1					
Información Actualizada: ¿Es el nombre del infante el mismo registrado al nacimiento?										Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Es la información de contacto de la madre/guardián/Agencia la misma que la registrada al nacimiento?										Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Apellido del Niño (a):						Fecha de Nacimiento: . . 2 0 1					
Nombre del Niño (a):						Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
Información de Contacto: Favor de identificar la persona de contacto como la Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Adopción Pendiente <input type="checkbox"/>											
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 <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> La Persona lo Paga <input type="checkbox"/>											
Factores de Riesgo: Después del Periodo Neonatal Inmediato											
<input type="checkbox"/> Preocupación del proveedor de salud sobre la audición, el habla, el lenguaje, o retraso en el desarrollo.						<input type="checkbox"/> Infecciones Post-natales (Por ejemplo herpes, varicela, meningitis)					
<input type="checkbox"/> Hallazgo físico asociado con un síndrome que incluye pérdida auditiva (Por ejemplo mechón blanco)						<input type="checkbox"/> Trauma de la cabeza					
<input type="checkbox"/> Desorden Neurodegenerativo						<input type="checkbox"/> Diagnóstico de Citomegalovirus (CMV)					
						<input type="checkbox"/> Quimioterapia					
Método de Detección y Resultados de las Pruebas											
Método de Detección: OAE <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/>											
Oído Izq: Pasó <input type="checkbox"/> Falló <input type="checkbox"/> DNT <input type="checkbox"/>			Por favor indique la razón de DNT (No Examinado): Fallo del equipo <input type="checkbox"/> Lo paso anteriormente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>								
Oído Der: Pasó <input type="checkbox"/> Falló <input type="checkbox"/> DNT <input type="checkbox"/>			Por favor indique la razón de DNT (No Examinado): Fallo del equipo <input type="checkbox"/> Lo paso anteriormente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>								
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						Fecha de la Cita: . . 2 0 1					
Nombre de la Clínica:						Hora de la Cita: : AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>					
Referencia del Grupo de PCP enviada a:											