



## Historial de casos pediátricos Para niños de 6 meses a 4 años

El primer nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre completo de la madre: \_\_\_\_\_ Sexo del niño: Masculino Hembra  
Nombre completo del padre: \_\_\_\_\_  
Nombre completo del tutor legal: \_\_\_\_\_  
Persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_  
Por favor describa el motivo de la visita del niño a la oficina: \_\_\_\_\_

### Embarazo e historia de nacimiento

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ semanas      Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ Onzas  
Hospital de entrega: \_\_\_\_\_  
Tipo de entrega: \_\_\_\_\_ ¿Fue inducido por el parto?    Sí    No  
¿Pasó el niño algún tiempo en la NICU?    Sí    No      Si es así, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Alguna complicación durante el embarazo o el parto?    Sí    No  
Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la puntuación de Apgar del niño?    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
¿Alguno de los siguientes ocurrió durante el embarazo? (Por favor marque todos los que apliquen.)  
\_\_\_\_ Sarampión alemán      \_\_\_\_ Rubéola      \_\_\_\_ Toxoplasmosis  
\_\_\_\_ Citomegalovirus (CMV)      \_\_\_\_ Herpes      \_\_\_\_ Consumo de alcohol / drogas  
\_\_\_\_ Sífilis      \_\_\_\_ De fumar      \_\_\_\_ Infección renal

### Medicamentos

Enumere todos los medicamentos, vitaminas o medicamentos tomados durante el embarazo y el parto.

Nombre de la medicación	Para qué se toma el medicamento:

¿Está tomando el niño alguno de los siguientes medicamentos? (marque cualquiera / todos los que correspondan)

\_\_\_\_ Vancomicina      \_\_\_\_ Quimioterapia  
\_\_\_\_ Gentamicina      \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Radiación      \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Estreptomicina      \_\_\_\_\_



Factores de riesgo conocidos (marque todos los que correspondan):

- Historial familiar de pérdida de audición
- Trauma en la cabeza que requiere hospitalización
- Meningitis bacteriana confirmada
- Hiperbilirrubinemia / ictericia (que requiere exanguinotransfusión)
- Síndrome de CHARGE
- Hipertensión pulmonar
- Trisomía 21 (Down Synrome)
- Malformación anatómica de la cabeza, la cara o el cuello (por ejemplo, apariencia dismórfica, labio leporino o paladar hendido, anomalías del oído, como microtia, atresia o marcas / fosas periauriculares)
- Otras Condiciones / Diagnósticos: \_\_\_\_\_

¿El niño tiene hermanos?    Sí    No

Por favor liste a todos los hermanos y sus edades: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño fiebre superior a 104 grados Fahrenheit?    Sí    No

En caso afirmativo, ¿a qué edad y por cuánto tiempo duró la fiebre? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el niño ha sido hospitalizado?    Sí    No

En caso afirmativo, ¿qué procedimientos / tratamientos se realizaron? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez un especialista o médico que no sea el pediatra ha visto al niño?    Sí    No

¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Razón? \_\_\_\_\_

¿Resultado? \_\_\_\_\_

### Hito de desarrollo

¿Tiene dudas con respecto a la audición del niño?    Sí    No

En caso afirmativo, explique, incluso cuando esto se notó por primera vez:

¿Cuáles fueron los resultados de la Evaluación Auditiva para Recién Nacidos Universal de su hijo?

- Pasó ambas orejas
- Referido ambos oídos
- Solo oído referido izquierdo
- Solo oído referido derecho

¿El niño responde constantemente a los sonidos?    Sí    No

¿El niño se da vuelta para encontrar una fuente de sonido?    Sí    No

¿El niño se asusta al escuchar ruidos fuertes?    Sí    No

¿El niño responde a su nombre?    Sí    No

¿El niño disfruta escuchando música?    Sí    No



¿Cuántas infecciones de oído ha tenido el niño? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última infección? \_\_\_\_\_  
¿Cómo es / son tratados? \_\_\_\_\_  
Al niño le han colocado tubos en las orejas? \_\_\_\_\_

¿Cómo se comunica el niño con los demás (por ejemplo, inglés hablado, español hablado, ASL, habla con claves, comunicación total, etc.)? \_\_\_\_\_

Aproximadamente a qué edad el niño:

Decir su primera palabra? \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ meses

¿Habla en oraciones de tres palabras? \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ meses

¿Cuánto del habla del niño se puede entender?

Por la familia? Sí No A veces Explique: \_\_\_\_\_

¿Por otros? Sí No A veces Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene inquietudes con respecto al desarrollo del habla / lenguaje de su hijo? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

¿Recibe el niño servicios de habla / lenguaje o terapia? Sí No

¿Si sí donde? \_\_\_\_\_ ¿De quien? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ veces por semana Por \_\_\_\_\_ minutos

Aproximadamente a qué edad el niño:

Mantenga su cabeza erguida: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

Siéntate sin apoyo: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

Caminar solo: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo físico o el equilibrio del niño? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

¿Recibe el niño terapia física? Sí No

¿Si sí donde? \_\_\_\_\_ ¿De quien? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ veces por semana Por \_\_\_\_\_ minutos

¿Asiste el niño a guardería o preescolar?

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Por favor explique cualquier otra información pertinente que le gustaría que el audiólogo supiera:

---

---

---

---

---