

HISTORIA DEL CASO PEDIÁTRICO

(Para infantes)

¿Actualmente el niño está tomando alguno de los siguientes medicamentos? (Marque todas las casillas que correspondan)

Vancomicina

Gentamicina

Estreptomina

Quimioterapia

Radiación

Otro: _____

Factores de riesgo conocidos (marque todo lo que corresponda):

____ Historial familiar de pérdida auditiva

____ Trauma en la cabeza que requiere hospitalización

____ Meningitis bacteriana confirmada

____ Hiperbilirrubinemia / Ictericia (requiere transfusión de intercambio)

____ Síndrome de CHARGE

____ Hipertensión pulmonar

____ Trisomía 21 (Síndrome de Down)

____ Malformación anatómica de la cabeza, la cara o el cuello (por ejemplo, apariencia dismórfica, labio leporino o paladar hendido, anomalías de la oreja como microtia, atresia o marcas / fosas periauriculares)

____ Otras condiciones / diagnósticos: _____

¿Cuáles fueron los resultados del examen de audición del recién nacido universal de su hijo?

____ Pasó los dos oídos

____ Sólo oído izquierdo referido

____ Referidos ambos oídos

____ Solo oído referido a la derecha

¿Ha tenido el niño fiebre mayor a 104? Sí No

En caso afirmativo, ¿a qué edad y cuánto tiempo duró la fiebre alta? _____

¿Ha estado alguna vez hospitalizado el niño? Sí No

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

Por favor, explique cualquier otra información pertinente que desee que el audiólogo conozca:
