

Communication Sciences and Disorders
JMU Audiology Clinic
235 Martin Luther King Jr. Way, MSC 4304
Harrisonburg, VA 22807
Teléfono: 540-568-6491
Fax: 540-568-5757

Formulario de admisión para la evaluación de detección en bebés

La información que nos facilite nos permitirá comprender mejor sus preocupaciones y agilizará el proceso de evaluación del habla y la audición. Todo el material y la información se mantienen en estricta confidencialidad.

Fecha N.º de placa y estado (para el pase de estacionamiento)

Nombre del paciente Fecha de nacimiento Edad Género

Contacto principal: Nombre Relación con el/la menor Teléfono Correo electrónico

¿Podemos dejar un mensaje en el número de teléfono indicado anteriormente? Sí No

Nombre de padre/madre/tutor 1 Edad Dirección

Ocupación Lugar de trabajo Teléfono

Nombre de padre/madre/tutor 2 Edad Dirección

Ocupación Lugar de trabajo Teléfono

Médico de familia/pediatra/clínica médica Teléfono Dirección

¿Hay antecedentes familiares de pérdida de audición que haya comenzado al nacer o durante la infancia?
Sí No Se desconoce

En caso afirmativo, indique el parentesco de los familiares afectados: (es decir, hermano, tía, etc.) _____

¿Le preocupa la capacidad auditiva del bebé al que se le realizará la prueba? Sí No está seguro(a)

En caso afirmativo, describa sus preocupaciones: _____

Historial de nacimiento

¿Dónde nació su hijo(a)? (Indique el tipo y el nombre de la instalación) _____

¿A su hijo(a) le hicieron una prueba de audición al nacer? Sí No Resultados: Aprobó Falló

Embarazo (prenatal):

¿Hubo complicaciones durante el embarazo (prenatal)? Sí No Se desconoce

En caso afirmativo, describa las complicaciones durante el embarazo (por ejemplo, accidentes, enfermedades, medicamentos o tratamiento con rayos X):

¿La madre estuvo expuesta a alguna enfermedad infecciosa durante el embarazo? Sí No Se desconoce

En caso afirmativo, describa: _____

¿Se consumió tabaco, alcohol, medicamentos u otra sustancia durante el embarazo? Sí No Se desconoce

En caso afirmativo, describa: _____

Nacimiento (perinatal):

Edad gestacional (semanas de vida al nacer): _____ Peso al nacer: _____

Parto: Vaginal Cesárea Podálico Con ictericia Otro: _____

Instrumentos utilizados: _____ Duración del trabajo de parto: _____

Después del parto (posparto):

Puntuaciones de Aspecto, Pulso, Irritabilidad, Actividad y Respiración (Aspect, Pulse, Grimace, Activity, Respiration, APGAR): _____

¿El bebé estuvo hospitalizado más de 48 horas después del nacimiento? Sí No Se desconoce

¿El bebé fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) o en una unidad especial? Sí No Se desconoce

En caso afirmativo, ¿dónde y durante cuánto tiempo? _____

¿Su hijo(a) recibió antibióticos inmediatamente después del nacimiento o durante su estancia en el hospital? Sí No Se desconoce

¿Su hijo(a) necesitó ventilación mecánica (respirador) u oxígeno después del nacimiento? Sí No Se desconoce

En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo? _____

Describe cualquier otra complicación durante el embarazo, durante el parto o después del mismo: _____

Firma de padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Revisado en agosto de 2022