

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

HISTORIAL DE CASOS AUDIOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____ N.º de placa (para el pase de estacionamiento) _____

Nombre del paciente: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Identidad de género _____ Género asignado al nacer _____

Dirección: _____

Nombre de padre/madre/tutor 1: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Nombre de padre/madre/tutor 2: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Nombre del cuidador (si es diferente al anterior): _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Teléfono: _____ Correo electrónico (letra de imprenta) _____

Remitido por: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

1. ¿Cuál es su principal preocupación sobre la audición de su hijo(a)?

2. Indique los problemas/cirugías de oído anteriores:

3. Su hijo(a) tiene o ha tenido recientemente (marque todas las opciones que correspondan):

Dificultad para oír Dolor de oído Secreción en el oído Zumbido de oídos Picazón en las orejas Tubos de PE

4. ¿A su hijo(a) le hicieron una prueba de audición al nacer? Sí No No sé

5. ¿Le informaron de los resultados de la prueba de audición del recién nacido? Sí No

HISTORIAL PEDIÁTRICO

Embarazo:

1. ¿Lesión o enfermedad de la madre durante el embarazo? Sí No

2. ¿Toxemia? Sí No

3. ¿Trastorno convulsivo materno? Sí No

4. ¿Abuso de alcohol por parte de la madre? Sí No

5. ¿Abuso de drogas por parte de la madre? Sí No

6. Otro _____

Parto:

1. ¿Hubo alguna complicación durante el trabajo de parto o el nacimiento? Sí No

2. En caso afirmativo, explique.

Antecedente familiar:

1. ¿Problemas del habla/lenguaje? Sí No

2. ¿Problemas de audición? Sí No

3. Otro _____

Enfermedades:

1. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna enfermedad o lesión grave? Sí No

En caso afirmativo, aporte detalles:

Medicamentos:

1. Indique los medicamentos que su hijo(a) toma normalmente

Alergias:

1. Indique cualquier alergia que tenga su hijo(a): _____

Vacunas:

1. ¿Su hijo(a) está al día con las vacunas? Sí No

Comentarios _____

A mi hijo(a) le gusta...

A mi hijo(a) no le gusta...

Revisado en agosto de 2022