

**IDENTIFICADORES DE RIESGO AUDITIVO**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de quien llenó esta forma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

		SI	NO	
1.	¿Tiene alguna preocupación con respecto a la audición, el habla, el lenguaje o el desarrollo de su hijo(a)?			En caso afirmativo, porfavor explique:
2.	¿Pasó su hijo(a) la prueba de audición de recién nacido?			En caso negativo, porfavor explique:
3.	¿Hay antecedentes familiares de pérdida auditiva?			En caso afirmativo, porfavor explique:
4.	¿Estuvo su hijo(a) en la unidad de cuidados intensivos neonatales durante más de 5 días?			En caso afirmativo, porfavor explique:
5.	¿Hubo alguna infección en el útero (citomegalovirus, herpes, rubéola, sífilis, toxoplasmosis)?			En caso afirmativo, porfavor explique:
6.	¿Hubo alguna anomalía craneofacial, incluyendo aquellas que involucran el oído, el canal auditivo, el trago accesorio y el conducto auditivo externo?			En caso afirmativo, porfavor explique:
7.	¿Le han diagnosticado un síndrome a su hijo(a)?			En caso afirmativo, porfavor explique:
8.	¿Ha tenido su hijo infecciones de oído?			En caso afirmativo, ¿cuántas infecciones?
9.	¿Ha tenido su hijo(a) alguna cirugía de oído (tubos P.E.)?			En caso afirmativo, porfavor explique:
10	¿Ha tenido su hijo algún trauma en la cabeza, especialmente una fractura de cráneo que requirió hospitalización?			En caso afirmativo, porfavor explique:
11	¿Su hijo(a) ha recibido alguna quimioterapia?			En caso afirmativo, porfavor explique: