

LOS RESULTADOS DE EXAMINACIONES DE LA AUDICION

*Información Elegida

(Favor de escribir con letra de molde)

Lugar de examinación: _____

Nombre del/la Niño/Niña: _____ Fecha de Nacimiento*: _____ Genero*: M F

Padres/Guardián: _____ Teléfono: _____

Dirección de los Padres/Guardián: _____

Doctor del/la Niño/Niña _____ Permiso de Enviar los Resultados al Médico: Sí No

Si es necesario, permiso de examinar otra vez: Sí No

I. Resultados de la Examinación de Audición: (Favor de usar este espacio para indicar los resultados de la examinación de la audición por todo el año)

| La fecha de la examinación | El Oído | OTO | ECV | TM COMP | MEP | La acción refleja acústica STC | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz | OAE | Aprobado (A)/Suspenseo (S)Cada oído | Recomendación (use #’s 1-10) Mire abajo | El fin hasta la recomendación (fecha/resultado) (use #’s 1-13) Mire abajo | Iniciales del examinador | Repaso del audiólogo | Resultados puestos en la computadora Software | Apuntes |
|----------------------------|---------|-----|-----|---------|-----|-----------------------------------|----------|----------|----------|-----|-------------------------------------|---|--|--------------------------|----------------------|--|---------|
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | I | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | I | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | I | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | I | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | I | | | | | | | | | | | | | | | | |

II. Las Recomendaciones de Revisión: (Favor de escoger uno basado en los resultados de la examinación de la audición)

1. Haga la examinación otra vez en 12 meses a menos que tenga preguntas o haya un cambio en la audición. Los niveles de audición aparecen bien para el desarrollo del discurso/lenguaje en este momento.
2. Haga la examinación otra vez en 3 meses. Los niveles de la audición aparecen bien para el desarrollo del discurso/lenguaje en este momento.
3. Haga la examinación otra vez en 4-6 semanas.
4. Remita a su doctor y haga la examinación otra vez 4-6 semanas.
5. Remita a su doctor y haga la examinación otra vez en 3 meses.
6. Remita a un otorrinolaringólogo para una evaluación médica y audiológica y haga una examinación otra vez en 4-6 semanas.
7. Remita a un otorrinolaringólogo para una evaluación médica y audiológica y haga la examinación otra vez en 3 meses.
8. Remita a un Audiólogo y haga la examinación otra vez en 4-6 semanas..
9. Remita a un Audiólogo y haga la examinación en 3 meses.
10. Otro _____
11. Revisión del Plan de Servicio de la Familia del Paciente.

III. Revisión a la Recomendación Médica y/o Audiológica: (favor de escoger uno para cada recomendación)

1. El médico confirmó la condición médica.
2. El médico no confirmó la condición médica.
3. El audiólogo confirmó el perdido de la audición. (Conductivo -La mezcla del perdido de la audición sensorial y neural).
4. El audiólogo informa que la audición está entre los limites normales en todos niveles..
5. Tubos de igualación de presión son puestos.
6. Según la información de los padres, la recomendación al médico no ha sido hecha. El niño no ha sido visto por un médico..
7. Según la información de los padres, la recomendación al audiólogo no ha sido hecha. El niño no ha sido visto por un audiólogo.
8. Según la información de los padres, una cita medica ha sido programada pero pendiente.
9. Según la información de los padres, una cita audiológica ha sido programada pero pendiente..
10. Llamada a los padres—no contestan. Dejó un mensaje para llamarme.
11. Llamada a los padres --no contestan. No dejé un mensaje.
12. Una carta enviada a los padres.
13. Otro _____

IV. Los Riesgos para el Perdido de la Audición No Presentes/Comprendidos en el Nacimiento (Marque todos que sean aplicados)

- 1. Preocupaciones de los padres/guardián en cuanto al retraso y el desarrollo de la audición, el discurso y el lenguaje.
- 2. Síndromes asociados con el perdido progresivo de la audición como Neurofibromatosis, Osteopetrosis y el Síndrome de Usher..
- 3. Un trauma a la cabeza.
- 4. Repetido o persistente Otitis Media con la efusión por al menos 3 meses.
- 5. Otro: _____
- 6. Ninguno

V. El Estado de la Intervención Temprano:

- IFSP (Plan de Servicio de cada familia) IEP (Plan de Educación del Individuo) Recomendado para evaluación de desarrollo
- En este momento no intervención primitiva

IFSP/IEP Fecha de Empezar (si es pertinente) _____

Próximo IFSP/IEP Fecha de Reviso Annual (si es pertinente) _____

Otro: _____

VI. Perdido de la Audición Conocido:

- Sí No

VII. Los Apuntes: _____

| Legend | |
|--------|---|
| DNT | = no examinó |
| CNT | = no podía examinar |
| CNE | = no podía establecer |
| MEP | = Presión en el medio del oido |
| COMP | = movimiento de la membrana de la timpana |
| ECV | = El volumen del canal del oido (tamaño físico) |
| OTO | = otoscopia |
| OAE | = emisiones otoacústicas |