

División de Otorrinolaringología Pediátrica

**Gurpreet S. Ahuja, MD, FAAP
Nguyen S. Pham, MD
Kevin C. Huoh, MD, FAAP, FACS
Jay M. Bhatt, MD, FAAP
Qiu Zhong, MD**

Historial de Audiencia

1. ¿Su hijo/a (el paciente) pasó su examen de audición recién nacido? **(si/no)**
2. ¿Ha visto su hijo/a a un audiólogo? **(si/no)**
 - a. ¿Qué pruebas de audición se realizaron?
 - b. ¿Cuáles fueron los resultados de las pruebas de audición?
 - c. ¿Tiene una copia de los resultados de su examen audiológico? **(si/no)**
3. ¿Ha tenido su hijo/a una tomografía de sus huesos (oidos) temporales? **(si/no)**

Historia Prenatal / Perinatal

1. ¿Recibió la madre atención prenatal durante el embarazo? **(si/no)**
2. ¿Hubo alguna complicación con el parto? **(si/no)**
3. ¿Fue prematuro su hijo/a (nacido/a antes de lo esperado)? **(si/no)** (¿Que tan temprano? _____)
4. ¿Su hijo/a tuvo ictericia? **(si/no)**
 - a. ¿ Si respondió que si, sabe qué tan alto era el nivel _____, y si él / ella requirió alguna transfusión? **(si/no)**
5. ¿Se quedó su hijo/a en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales? **(si/no)**
6. ¿Necesitaba su hijo/a el apoyo de un ventilador para respirar después del nacimiento y por cuánto tiempo? **(si/no ; _____)**
7. ¿Sabe si su hijo/a necesitaba antibióticos en el hospital después del parto, y algún medicamento para ayudar a producir la orina? **(si/no)** Si respondió que si, describa _____
8. ¿Hubo infecciones prenatales por TORCH (Toxoplasmosis, Rubéola, CMV, Herpes, Sífilis)? **(si/no)**
 - a. Si respondió que si, cuál? _____

Historial Médico del Paciente

1. ¿Ustedes, como padres, tienen alguna preocupación acerca de la audición de su hijo/a? **(si/no)**
2. ¿Está preocupado por el equilibrio de su hijo/a? **(si/no)**
3. ¿Su hijo/a ha tenido meningitis? **(si/no)**
4. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema cardíaco o anomalías en el ritmo cardíaco? ¿Arritmia o algún problema cardíaco? **(si/no)**
5. ¿Ha tenido su hijo/a algún examen genético? **(si/no)**
 - a. ¿Si respondiste que sí, cuáles fueron los resultados? _____
6. ¿Tiene su hijo/a algún problema renal (riñón)? **(si/no)**
7. ¿Tiene su hijo/a algún problema de visión? **(si/no)**
8. ¿Hay algún historial de lesiones en la cabeza? **(si/no)**
9. ¿Su hijo/a fue admitido en el hospital después del nacimiento **(si/no)**, y recibió antibióticos por vía intravenosa y / o algún medicamento para ayudar a producir la orina? **(si/no)**

División de Otorrinolaringología Pediátrica

Gurpreet S. Ahuja, MD, FAAP
Nguyen S. Pham, MD
Kevin C. Huoh, MD, FAAP, FACS
Jay M. Bhatt, MD, FAAP
Qiu Zhong, MD

Historia familiar

1. ¿Hay una historia familiar de consanguinidad (están relacionados los padres del niño/a, es decir, hermano y hermana, primos hermanos)? **(si/no)**
2. ¿Hay una historia familiar de pérdida de audición en la familia? **(si/no)**
3. ¿Hay una historia familiar de malformaciones en el oído (oidos con formas anormales)? **(si/no)**
4. ¿Hay una historia familiar de insuficiencia renal / problemas renales? **(si/no)**
5. ¿Hay una historia familiar de pérdida de la visión o ceguera? **(si/no)**
6. ¿Hay una historia familiar de copete/s blanco o de canas en una edad temprana? **(si/no)**
7. ¿Hay una historia familiar de heterocromía (ojos de diferentes colores)? **(si/no)**
8. ¿Hay una historia familiar de retraso en el desarrollo? **(si/no)**
9. ¿Hay una historia familiar de asimetría facial (los dos lados de la cara no son iguales)? **(si/no)**
10. ¿Hay una historia familiar de hoyos de oídos (pequeñas aberturas en frente de / encima de los oídos)? **(si/no)**
11. ¿Hay una historia familiar de labio o paladar hendido? **(si/no)**
12. ¿Hay una historia familiar de muerte súbita o episodios de desmayo? **(si/no)**
13. ¿Hay una historia familiar de problemas de tiroides? **(si/no)**
14. ¿Tienen los padres alguna pérdida auditiva, incluso una pérdida auditiva leve? **(si/no)**

Signature

Relationship

Date