

Nombre de Paciente:

1. Motivo de su visita:
2. Referido por:
3. El niño vive con: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro
4. ¿Tiene preocupaciones médicas para el niño: ☐ Sí ☐ No
Explicar: _____

5. Compruebe si su hijo ha tenido alguno de los siguientes. Explique cualquiera que haya marcado.

☐ Infecciones de oído
☐ Cirugía de orejas
☐ Hospitalización
☐ Trauma/lesión en la cabeza
☐ Meningitis
☐ Sarampión
☐ Paperas
☐ Varicela
☐ Exposición al ruido (por ejemplo, equipos agrícolas, música alta)
☐ Convulsiones
☐ Problemas de riñón
☐ Problemas de la vista
☐ Alergias
☐ Asma
☐ Otro

Comentarios adicionales: _____

6. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una cirugía en su(s) oído(s), nariz o garganta?
☐ Sí ☐ No
7. ¿Tiene preocupaciones sobre la audición de su hijo? En caso afirmativo explicar.
☐ Sí ☐ No

Explicar: _____

Cuestionario de Pediatra



8. ¿Alguien en su familia tiene pérdida auditiva (familia inmediata y extendida) que comenzó antes de los 30 años? Si es así, ¿quién? **Obligatorio [] Sí [] No
Explicar: _____

9. ¿Su hijo responde a los ruidos fuertes? Si no, por favor explique. [] Sí [] No
Explicar: _____

10. ¿Su hijo responde consistentemente a su voz? Si no, por favor explique. [] Sí [] No
Explicar: _____

11. Cuando el sonido está presente o alguien está hablando, ¿busca su hijo de dónde proviene el sonido? [] Sí [] No
Explicar: _____

12. ¿Su hijo responde a los sonidos de otras habitaciones? [] Sí [] No
13. ¿A su hijo le gusta escuchar música? [] Sí [] No
14. ¿Alguna vez se ha evaluado la audición de su hijo? [] Sí [] No
En caso afirmativo, indique quién, cuándo y los resultados.

15. ¿Usa su hijo aparatos auditivos? [] Sí [] No
En caso afirmativo, ¿cuándo le colocaron aparatos auditivos por primera vez?

16. ¿Recibe su hijo un asiento preferencial en el salón de clases? [] Sí [] No
En caso afirmativo, explíquelo porfavor

17. ¿Fue el embarazo anormal de alguna manera? [] Sí [] No
En caso afirmativo, explíquelo porfavor

Cuestionario de Pediatra



18. ¿Fue el parto anormal de alguna manera? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor

19. ¿El parto fue prematuro? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor

20. ¿Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor

21. Después del nacimiento, ¿tuvo su hijo alguno de los siguientes problemas?

- ☐ Dificultades respiratorias
- ☐ Se requiere una incubadora
- ☐ Cualquier anomalía en la cabeza, el cuello o las orejas
- ☐ Problemas de alimentación
- ☐ Cirugía
- ☐ Cualquier infección que requiera medicación
- ☐ Tratamiento para la ictericia (coloración amarilla de la piel)
- ☐ Otro
- ☐ Ninguna de las anteriores

Explicación: _____

22. Enumere los medicamentos que tomó la madre durante el embarazo:

23. En que hospital nacio el paciente?