



## HISTORIA DEL CASO PEDIÁTRICO

(Para infantes)

¿Actualmente el niño está tomando alguno de los siguientes medicamentos? (Marque todas las casillas que correspondan)

Vancomicina

Gentamicina

Estreptomicina

Quimioterapia

Radiación

Otro: \_\_\_\_\_

Factores de riesgo conocidos (marque todo lo que corresponda):

\_\_\_\_ Historial familiar de pérdida auditiva

\_\_\_\_ Trauma en la cabeza que requiere hospitalización

\_\_\_\_ Meningitis bacteriana confirmada

\_\_\_\_ Hiperbilirrubinemia / Ictericia (requiere transfusión de intercambio)

\_\_\_\_ Síndrome de CHARGE

\_\_\_\_ Hipertensión pulmonar

\_\_\_\_ Trisomía 21 (Síndrome de Down)

\_\_\_\_ Malformación anatómica de la cabeza, la cara o el cuello (por ejemplo, apariencia dismórfica, labio leporino o paladar hendido, anomalías de la oreja como microtia, atresia o marcas / fosas periauriculares)

\_\_\_\_ Otras condiciones / diagnósticos: \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados del examen de audición del recién nacido universal de su hijo?

\_\_\_\_ Pasó los dos oídos

\_\_\_\_ Sólo oído izquierdo referido

\_\_\_\_ Referidos ambos oídos

\_\_\_\_ Solo oído referido a la derecha

¿Ha tenido el niño fiebre mayor a 104?    Sí    No

En caso afirmativo, ¿a qué edad y cuánto tiempo duró la fiebre alta? \_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez hospitalizado el niño?    Sí    No

En caso afirmativo, ¿qué procedimientos / tratamientos se realizaron? \_\_\_\_\_

Por favor, explique cualquier otra información pertinente que desee que el audiólogo conozca:

---

---

---

---

---

---