



**Audiological Services
(Oficina Central)**
601 Ellis AVE, Lufkin, TX 75904
(936) 632-2252

All About Hearing
2703 W Cuthbert AVE
Midland, TX 79701
(432) 689-2220

Central Texas Hearing Center
1320 Wonder World Dr #107
San Marcos, TX 78666
(512) 667-7921

Central Texas Hearing Center
1927 Lohman's Crossing Rd Ste#203
Lakeway, TX 78734
(512) 640-2999

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Nombre del Niño/a: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombres de los padres/tutores: _____ Fecha: _____

Nombre de Medico: _____ Fax Informe médico Fax Informe escolar

Mandar Informe del paciente por Correo electrónico Correo Electrónico _____

**Toda la información de contacto, incluida la dirección de correo electrónico, se utilizará estrictamente para cuestiones relacionadas con la visita de hoy y cualquier contacto futuro necesario. No se divulgará a fuentes externas más allá del alcance de nuestra política de privacidad del paciente.

A Completar solo por Audiólogo (To Be Completed by Audiologist Only):

- HI RECOMMENDATION REQUIRED R Make/Model: _____ SN= _____
 MEDICAL CLEARANCE REQUIRED L Make/Model: _____ SN= _____
 UPGRADE FORM PRIOR AUTHORIZATION REQUIRED FROM INSURANCE

HISTORIAL DE AUDICIÓN DEL NIÑO

¿Cuál es su principal preocupación o razón para la visita de hoy? _____

¿Su hijo pasó la prueba de audición de recién nacido? Sí No

Si no, ¿qué oído: derecho o izquierdo o ambos ¿Alguna prueba de audición previa? Si No

En caso afirmativo, ¿dónde y cuáles fueron los resultados? _____

HISTORIAL DE EMBARAZO DE LA MADRE PARA ESTE NIÑO

Duración del embarazo: _____ Uso de alcohol Uso de drogas (especificar): _____

Infecciones (Rubéola, CMV, Herpes, Toxoplasmosis)? _____

Lista de medicamentos o Traer lista _____ ¿Alguna complicación? _____

HISTORIAL DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

¿Normal sin alguna complicación? Sí No Si la respuesta es no, especificar complicación: _____

Nacimiento con bajo peso (bajo las 3.3 libras/1500 gramos)? Sí No ¿Problemas Respiratorios? Sí No

(especificar) _____ ¿Ictericia con requerimiento de transfusión de sangre? Sí No _____

¿Defectos al nacer? Sí No (especificar) _____

HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

¿Historial de pérdida de audición en la familia? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

¿Ha tenido tu niño alguna infección de oído? Sí No Si la respuesta es sí, la más reciente: _____

¿Ha tenido tu niño alguna cirugía de oído? (tubos PE, etc.)? Sí No (especificar) _____

¿Problemas médicos? Sí No (especificar) _____

¿Problemas de balance? Sí No (especificar) _____

Describa la receptividad de su hijo a sonidos: _____

¿Alguna inquietud en el idioma o discurso? Sí No (especificar) _____

¿Algún problema o inquietud educacional? Sí No (especificar) _____

Nombre de la escuela: _____

Otra información significativa: _____