



**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? ☐ Si ☐ No (especificar) \_\_\_\_\_

¿Problemas de balance? ☐ Si ☐ No (especificar) \_\_\_\_\_

Describe 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: \_\_\_\_\_