Nombre: Fecha de nacimiento:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pregunta** | **Sí** | **No** | **No está seguro** |
| 1. ¿Hay alguna preocupación acerca de la audición del niño?
 |  |  |  |
| 1. ¿Hay antecedentes familiares de pérdida auditiva?

 Describa: |  |  |  |
| 3. ¿Fue el niño referido por un médico para una evaluación auditiva? |  |  |  |
| 4. ¿Tuvo complicaciones al nacer? |  |  |  |
| 5. ¿Fue prematuro? |  |  |  |
| 6. ¿Se evaluó su audición al nacer? ¿Cuál fue el resultado? |  |  |  |
| 7. ¿Ha estado el niño hospitalizado? |  |  |  |
| 8. ¿Ha tenido alguna enfermedad importante? Describa: |  |  |  |
| 9. ¿Ha tenido alguna infección de oídos? ¿Cuántas? |  |  |  |
| 10. ¿Ha tenido alguna infección de oídos en los últimos 6 meses? |  |  |  |
| 11. ¿Ha sido visto por un otorrinolaringólogo (especialista en oído, nariz y garganta)? |  |  |  |
| 12. ¿Responde coherentemente a los sonidos en la casa? |  |  |  |
| 13. ¿Parece entender lo que dicen los adultos? |  |  |  |
| 14. ¿Sigue las instrucciones simples? |  |  |  |
| 15. ¿Responde a su nombre la mayoría de las veces? |  |  |  |

Comentarios adicionales:

Formulario completado por: Fecha:

***Después de completar esta lista de control, lleve este formulario al equipo del niño para su discusión/ consideración.***