

DEPARTAMENTO DE SALUD
HOJA DE INFORME DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA DIAGNÓSTICA



Nombre del infante: _____ Fecha de nacimiento: (____/____/____) Hospital de nacimiento: _____
mm / dd / aaaa

Nombre de la madre y del padre: _____

Fecha de nacimiento madre: (____/____/____) Últimos 4 dígitos seguro social: _____ Tel. (____) _____
mm / dd / aaaa

Historial familiar con pérdida auditiva: ____No; ____Sí → ____Papá, ____Mamá, ____Otro familiar, especifique relación con infante: _____

Historial significativo:

- | | |
|---|--|
| ☐ NO APLICA | ☐ Anomalías craneofaciales |
| ☐ Historial familiar con pérdida auditiva permanente | ☐ Síndrome asociado a pérdida auditiva - ej. Waardenburg |
| ☐ Infante en NICU o unidad de cuidado intermedio por más de 5 días | ☐ Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer |
| ☐ ECMO | ☐ Trauma en cabeza |
| ☐ Ventilación asistida | ☐ Virus Zika |
| ☐ Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos | ☐ Citomegalovirus (CMV) |
| ☐ Hiperbilirrubinemia que requirió cambio de sangre | ☐ Otro, Especifique: _____ |
| ☐ Infecciones perinatales- ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes, sífilis | |

Resultados de Cernimiento Auditivo (se realiza antes del mes de nacido)

Fecha del Cernimiento Auditivo: (____/____/____) _____
mm / dd / aaaa

Procedimientos realizados: ____EOA ____ABR

Oído Derecho: ____Pasó ____Referir ____No cernido

Oído Izquierdo: ____Pasó ____Referir ____No cernido

Resultados de Evaluación Audiológica Diagnóstica

Fecha de evaluación diagnóstica inicial: (____/____/____) Esta fecha se refiere a la primera visita del infante a la clínica para evaluación. # récord: _____
mm / dd / aaaa

Fecha de la Evaluación Diagnóstica Completada: (____/____/____) ¿El infante fue sedado durante la evaluación? ____Sí; ____No
mm / dd / aaaa

Pruebas realizadas: (marcar con una x si la prueba fue realizada)

☐ Otoscopia	☐ Aspecto Neurológico	☐ Reflejo Acústico	☐ Audiometría
Tipo: ____Tonos Puros; ____VRA; ____BOA; ____Habla; ____Juegos; ____Ganancia Funcional			

¿Se utilizó "Sound field/Aided" en al menos uno de los oídos para la prueba siguiente?

Tonos Puros: ____Sí; ____No	VRA: ____Sí; ____No	BOA: ____Sí; ____No
-----------------------------	---------------------	---------------------

____Timpanometría;

Frecuencia: ____1000Hz; ____800Hz; ____678Hz; ____226Hz
Oído Derecho: ____Tipo A; ____Tipo B; ____Tipo C; ____Tipo AS; ____Tipo AD; ____No evaluado
Oído Izquierdo: ____Tipo A; ____Tipo B; ____Tipo C; ____Tipo AS; ____Tipo AD; ____No evaluado

____EOA

Tipo de prueba: ____TOAE; ____DPOAE
Oído Derecho: ____Emisiones presentes; ____Emisiones ausentes; ____Parcialmente Presentes; ____No evaluado
Oído Izquierdo: ____Emisiones presentes; ____Emisiones ausentes; ____Parcialmente Presentes; ____No evaluado

____ABR Click

Oído Derecho: ____Dentro de la norma; ____Fuera de la norma; ____No evaluado
Oído Izquierdo: ____Dentro de la norma; ____Fuera de la norma; ____No evaluado

__ABR Tonal→ __Aire; __Hueso;

Tipo de prueba:

Aire	Hueso
Oído Derecho: __Dentro de la norma; __Fuera de la norma; __No evaluado	Oído Derecho: __Dentro de la norma; __Fuera de la norma; __No evaluado
Oído Izquierdo: __Dentro de la norma; __Fuera de la norma; __No evaluado	Oído Izquierdo: __Dentro de la norma; __Fuera de la norma; __No evaluado

Diagnóstico y/o Resumen de los resultados

Oído Derecho:		Oído Izquierdo:	
Resultado	Severidad	Resultado	Severidad
__Audición normal	__ Normal (-10 - 15 dBHL)	__ Audición normal	__ Normal (-10 - 15 dBHL)
__Pérdida auditiva conductiva Temp.	__ Slight (16 - 25 dBHL)	__ Pérdida auditiva conductiva Temp.	__ Slight (16 - 25 dBHL)
__Pérdida auditiva conductiva Perm.	__ Mild (26 - 40 dBHL)	__ Pérdida auditiva conductiva Perm.	__ Mild (26 - 40 dBHL)
__Pérdida auditiva Sensorineural	__ Moderate (41 - 55 dBHL)	__ Pérdida auditiva Sensorineural	__ Moderate (41 - 55 dBHL)
__Neuropatía	__ Moderately severe (56 - 70 dBHL)	__ Neuropatía	__ Moderately severe (56 - 70 dBHL)
__Pérdida auditiva mixta (SN/conductiva temp.)	__ Severe (71 - 90 dBHL)	__ Pérdida auditiva mixta (SN/conductiva temp.)	__ Severe (71 - 90 dBHL)
__Pérdida auditiva mixta (SN/conductiva perm.)	__ Profound (91+ dBHL)	__ Pérdida auditiva mixta (SN/conductiva perm.)	__ Profound (91+ dBHL)
__Tipo de pérdida no determinada	__ No determinada	__Tipo de pérdida no determinada	__ No determinada

La pérdida auditiva del infante es __congénita, __inicio tardío, __desconocido.

Recomendaciones

__Evaluación completada para determinar un diagnóstico __No se requiere evaluación adicional __Regresar para evaluación adicional inmediata en: # _____ semanas; __meses __Monitoreo audiológico para posible pérdida de audición de inicio tardío "late onset" __Paciente con recomendación de audífonos __Programa de Intervención Temprana __Servicios de Apoyo a Padres, Ej: APNI	__Evaluación otológica (ENT) __Evaluación con Oftalmólogo __Evaluación con Genetista __Evaluación Ganancia funcional __Patólogo Habla y Lenguaje __Referido para prueba auditiva a través de sedación __Centro de Servicios Craneofacial
--	--

Audiólogo/a: _____ Teléfonos: _____ Correo electrónico: _____ Lic. Prof. # _____