



HOJA DE RESULTADOS DEL CERNIMIENTO AUDITIVO

HOSPITAL: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE	INFORMACIÓN DEL INFANTE
Nombre / Apellidos Teléfonos: () - () - Últimos 4 dígitos del Seguro Social : _____	Nombre / Apellidos Sexo: ____F ____M Fecha de nacimiento: ____/____/____ Día / Mes / Año Núm. Expediente: _____ NICU: ____Sí ____No

RESULTADOS DEL CERNIMIENTO AUDITIVO

☐ INFANTE NO CERNIDO

OÍDO	☐ FASE 1: ☐ EOA ☐ ABR	☐ FASE 2 ☐ EOA ☐ ABR
Derecho	☐ PASÓ ☐ REFERIR	☐ PASÓ ☐ REFERIR
Izquierdo	☐ PASÓ ☐ REFERIR	☐ PASÓ ☐ REFERIR
Fecha de Cernimiento	____/____/____ Día / Mes / Año	____/____/____ Día / Mes / Año

PASÓ: Los resultados indican que el equipo audiológico no detectó algo que sugiera que sea necesario que se le realicen al bebé pruebas audiológicas diagnósticas. Se recomienda una evaluación audiológica una vez al año.

REFERIR: Indica que el **bebé necesita ser evaluado por un *audiólogo* antes de los 3 meses de edad** a través de pruebas audiológicas diagnósticas (timpanometría, emisiones otoacústicas y potenciales auditivos evocados [ABR]).

NO CERNIDO: Indica que **el bebé debe de ser evaluado por un *audiólogo* lo antes posible.**

AVISO IMPORTANTE: Si su bebé obtuvo un resultado de “Referir”, este documento le permite recibir una evaluación audiológica sin tener que visitar un pediatra siempre y cuando se haga en o antes de los 60 días posterior al cernimiento y establecidos bajo la Ley Núm. 311. Es altamente recomendado que se comunique con el audiólogo lo antes posible dado a que hay otros bebés siendo atendidos o en espera de serlo lo cual podría retrasar el diagnóstico de su bebé. Pasado los 60 días establecidos bajo la ley, este documento no podrá utilizarse como referido y es responsabilidad de los padres o encargado obtener un referido del pediatra.

Criterios de riesgo que presenta el infante – Favor de marcar todos los que apliquen (Risk factors that present the infant. Please, check all that apply):

☐

 Historial familiar con pérdida auditiva permanente (Family history of permanent hearing loss)

☐

 Infante en cuidado intensivo, intermedio u otro cuidado especial por más de 5 días (Infant in NICU, PICU or other special care more tan 5 days)

☐

 Oxigenación por membrana extracorporeal (ECMO/ Extracorporeal membrane oxygenation)

☐

 Ventilación asistiva (Assisted Ventilation)

☐

 Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos (Ototoxic medication)

☐

 Hiperbilirrubinemia que requiera cambio de sangre (Hyperbilirubinemia that requiered blood change)

☐

 Infecciones perinatales-ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes o sífilis (prenatal infections- toxoplasmosis, rubella, herpes or syphilis)

☐

 Anomalía craneofacial (Craniofacial anomalies)

☐

 Síndrome asociado a pérdida auditiva- ej. Waardenburg (Syndrome associated with hearing loss)

☐

 Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer (Culture-positive postnatal infeccions)

☐

 Trauma en la cabeza (Head trauma)

☐

 Virus Zika (Zika virus)

☐

 Citomegalovirus CMV (In uterus infection)

☐

 Otros (Others): _____

Recomendaciones (Recommendations):

☐

 Evaluación audiológica diagnóstica al/los: __1 mes de edad __3 meses de edad __6 meses de edad __9 meses de edad

☐

 Evaluación audiológica diagnóstica al menos 1 vez al año durante los primeros 3 años de edad del niño/a.

Nombre del Profesional que completa esta hoja: _____Firma: _____
(Name of the professional that completed this form)

Fecha (Date): _____

Nombre y Firma de Madre/Padre/Tutor (Parent/Tutor): _____

PO Box 70184, San Juan, Puerto Rico 00936-8184
Tel. (Phone) 787-765-2929 Ext. 4694/4577/4593
rev. diciembre 2024