

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA DE CERNIMIENTO AUDITIVO NEONATAL UNIVERSAL



Manual del Usuario: Evaluación
Sistema de Información del Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal
Universal (PCANU-IS)

Realizado por:
Sistema de Información del Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal
(PCANU-IS)

Marzo, 2025

Tabla de contenido

Enlace de PCANU-IS.....	3
Pantalla de Registros de Salud.....	3
• Iniciar Sesión.....	3
Pantalla de Inicio	3
Reporte	6
Búsqueda de registros	6
• Búsqueda por información de la madre:.....	7
• Búsqueda por información del infante:	8
• Resultado de la búsqueda	9
Pantalla de Información Demográfica de la Madre.....	10
Lista de bebés.....	13
Pantalla de Información Demográfica del Infante.....	15
Cernimiento	17
Añadir un resultado de cernimiento	18
Cernimiento Auditivo Realizado	19
Evaluación auditiva.....	21
Reportar una evaluación auditiva	22
Evaluación e información del profesional	22
Historial Significativo.....	24
Pruebas de Evaluación	25
Diagnósticos y/o Resumen de los Resultados	37
Recomendaciones	38

Enlace de PCANU-IS

- El enlace para acceder al Sistema de información del Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal es: <https://registros.salud.pr.gov/>.

Pantalla de Registros de Salud

- Iniciar Sesión
 - Si ya posee cuenta en el sistema solo debe presionar el enlace ubicado en la parte superior derecha de la pantalla para entrar sus credenciales, una vez valide la información entrada podrá ingresar a la sección de *Cernimiento Auditivo Neonatal Universal*.



Pantalla de Inicio

- La pantalla inicial del programa provee cinco pestañas con la siguiente información:
 - **Acceso:** En esta pestaña se indica el tipo de usuario o rol en el sistema y tiene el enlace para entrar al sistema PCANU-IS.

Registros Contacto Administración



Sistema de Información del Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal de Puerto Rico (PCANU-IS)

Acceso Misión y Visión Reglamentos Documentos Tutoriales y Manuales

Acceso
Solicitud de Acceso Verificada.
 Usuario aprobado. Rol: CanuEvaluation

Registrar Casos
 Para registrar los casos al sistema presione [Entrar al registro](#)

Presionar para entrar al registro.

© 2023 - PR Health Registry Powered by OIAT

○ Misión y Visión

Registros Contacto Administración **stephany.perez**



Sistema de Información del Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal de Puerto Rico (PCANU-IS)

Acceso **Misión y Visión** Reglamentos Documentos Tutoriales y Manuales

Misión
 Identificar y diagnosticar pérdidas auditivas congénitas permanentes o temporeras en o antes de los tres meses de edad y, de ser necesario, lograr que sean intervenidos tempranamente en o antes de los seis meses de edad.

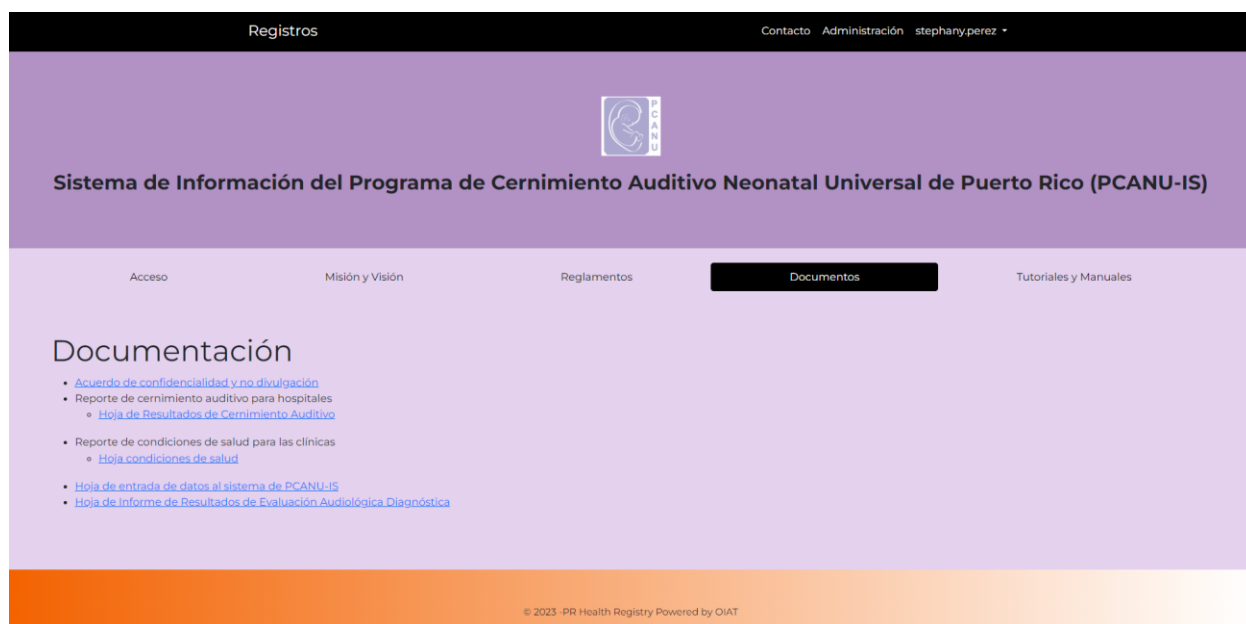
Visión
 Que todos los niños con posible pérdida auditiva nacidos en Puerto Rico sean identificados a temprana edad y se les maximice las oportunidades para recibir un diagnóstico e intervención temprana adecuada.

© 2023 - PR Health Registry Powered by OIAT

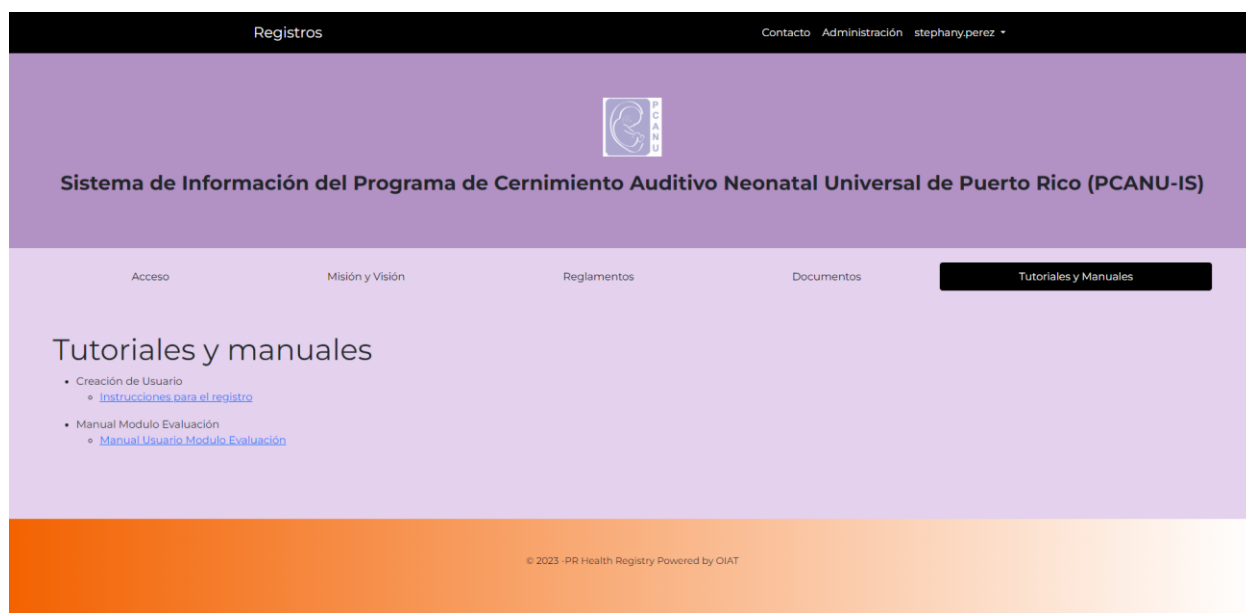
- **Reglamentos:** En esta pestaña se encuentran los documentos de la Ley 311 del 2003 y el Reglamento 6912 del 2004



- **Documentos:** En esta pantalla podrá tener acceso a documentos como el Acuerdo de Confidencialidad y formularios del Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal.



- **Tutoriales y Manuales:** En esta pantalla tendrá acceso a los manuales del sistema de información PCANU-IS.



Reporte

Los resultados a reportar a través del sistema en o antes de 10 días laborables luego de realizado el cernimiento o evaluación son:

- Todos los cernimientos auditivos realizados a infantes en la clínica (incluyendo aquellos que el hospital de nacimiento no lo realizó o nacidos en el hogar).
- Evaluaciones audiológicas a infantes de 0 a 3 años que cumplan con alguno de los siguientes criterios:
 - Infante con resultado de referir (no pasó el cernimiento) en el cernimiento auditivo
 - Todo infante y niño hasta los 3 años diagnosticado con pérdida auditiva o sordera
 - Infante con más de un mes de edad que no fue cernido en el hospital o nació en el hogar

Búsqueda de registros

El sistema de información permite la búsqueda de registros por la información de la madre y/o la información del infante. Antes de proceder a entrar datos al sistema se debe identificar si la madre aparece registrada en el sistema para evitar duplicar registros.

NOTA: En el sistema de información siempre se escribe en letra mayúscula, sin acentos, ñ ni apóstrofes (“ó”). Por lo tanto, al hacer la búsqueda no utilice acentos, la tilde de la ñ (usar n), ni apóstrofes (“ ó “).



[Búsqueda](#) / [Info Madre](#) / [Lista de bebés](#)

Q Búsqueda

👤 Información del infante (Oprima para expandir o reducir)

👤 Información de la madre (Oprima para expandir o reducir)

Buscar Registro

Crear Registro

Registro por Página: 10

0 Registros Encontrados

Total de registros:

Página: 1/1

- Búsqueda por información de la madre:

👤 Información de la madre (Oprima para expandir o reducir)

Nombre:

No incluir el segundo nombre o inic

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Fecha de Nacimiento:

mm/dd/yyyy



Últimos 4 del seguro social:

Municipio de Residencia:

Seleccione

Buscar Registro

Crear Registro

Información de la madre	
Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido	• Se puede hacer la búsqueda por el nombre, primer apellido y segundo apellido completo (Ej: Dummy Dummy Dummy). • También se puede hacer la búsqueda por partes del nombre (Ej Dum, Du, D). • Se puede utilizar algunos campos. (Ej: Nombre-Dummy Primer Apellido-en blanco Segundo Apellido-Dummy)
Fecha de Nacimiento	La fecha de nacimiento de la madre puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy).
Últimos 4 de seguro social	Escribir los últimos 4 números de seguro social de la madre.
Municipio de residencia	Listado de los municipios para seleccionar el pueblo de residencia de la madre. No se recomienda utilizar este parámetro de búsqueda ya que las familias se mudan continuamente.

- Búsqueda por información del infante:


Información del infante (Oprima para expandir o reducir)

Nombre:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Fecha de Nacimiento Desde:



Fecha de Nacimiento Hasta:



Hospital Nacimiento:

Seleccione



Récord hospital:

Identificador Único:

Clínica Auditiva:

Seleccione



Récord clínica:

Información del infante	
Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido	• Se puede hacer la búsqueda por el nombre, primer apellido y segundo apellido completo (Ej: Dummy Dummy Dummy). • También se puede hacer la búsqueda por partes del nombre (Ej Dum Du D). • Se puede utilizar algunos campos. (Ej: Nombre-Dummy Primer Apellido-en blanco Segundo Apellido-Dummy)
Fecha de Nacimiento Desde, Fecha de Nacimiento Hasta	La fecha puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). • Si se desea hacer la búsqueda desde una fecha al día de hoy, solo se completará la <i>fecha de nacimiento desde</i>. • Si se desea hacer la búsqueda de un periodo, se debe completar la <i>fecha de nacimiento desde</i> y la <i>fecha de nacimiento hasta</i>. • Si se desea hacer la búsqueda desde un solo día, se debe escribir la misma fecha en los campos <i>fecha de nacimiento desde</i> y la <i>fecha de nacimiento hasta</i>.
Hospital Nacimiento	Escoger del listado el hospital por el cual desea realizar la búsqueda. (Solo aparecerá un registro si tiene información entrada en el sistema)
# Récord Hospital	Escribir el número de récord del hospital de nacimiento. (Solo aparecerá un registro si tiene información entrada en el sistema)

Identificador único	Este número es creado automáticamente por el sistema de información y representa un infante. Este es incluido en los listados enviados por el programa.
Clínica Auditiva	Escoger del listado la clínica auditiva por el cual desea realizar la búsqueda. (Solo aparecerá un registro si tiene información entrada en el sistema)
# Récord Clínica Auditiva	Escribir el número de récord de la clínica auditiva. (Solo aparecerá un registro si tiene información entrada en el sistema)

- Puede combinar todos los parámetros de búsqueda incluyendo la información de la madre y del infante. Ejemplo: fecha de nacimiento del infante con nombre de la madre.
- Los infantes están enlazados a la madre por lo que, si la madre tuvo un bebé previo, nacido del 2019 en adelante, puede que ya la madre esté en el sistema y solo necesite revisar la información de la madre y registrar el nuevo nacimiento.
- De encontrar a la madre debe:
 - Validar la información demográfica de la madre que vaya acorde con la que tiene en el expediente.
 - Si el infante está entrado:
 - Validar información y completar nombre del infante.
 - Registrar el nacimiento o la evaluación auditiva.
 - Si el infante **no** está entrado:
 - Seleccionar *Añadir infante*
 - Reportar el nacimiento o evaluación auditiva.
- Si no encuentra a la madre, deberá *Crear registro*.

• Resultado de la búsqueda

Registro por Página: 10 ▾						
	Unique ID	Nombre de la Madre	Nombre del infante	Fecha de Nacimiento del infante	Hospital Nacimiento	Status
Select	DUM11102023999994649	STEPHANY DUMMY DUMMY	BB DUMMY DUMMY	11/10/2023	Dr. Perea, Mayagüez	No aplica
Total de registros: 1 Página: 1/1						

Registro por página	Total de registros que puede ver en la página. El sistema permite desde 10 hasta 50 por página.
Select	Al hacer click en este enlace podrá entrar al registro existente.
Unique ID	Identificador único en el sistema PCANU-IS.
Nombre de la madre	Nombre y apellidos de la madre.

Nombre del infante	Varios hospitales no tienen el nombre del bebé por lo que puede encontrar que diga BB, BG o Baby y apellidos de la madre.
Fecha de nacimiento del infante	Fecha de nacimiento del infante.
Hospital de nacimiento	Hospital donde ocurrió el nacimiento del infante. De estar en blanco, el nacimiento ocurrió en el hogar.
Status	Variable del sistema que es utilizada por las coordinadoras de servicio para dar seguimiento a los infantes.
Total de registros	Número de registros que cumplen con los parámetros de búsqueda utilizados.
Página	Número de páginas con registros que cumplen con los parámetros de búsqueda utilizados.

Pantalla de Información Demográfica de la Madre



Información de la Madre

Nombre *

Segundo Nombre

Primer Apellido *

☐ Desconocido

Segundo Apellido *

☐ Desconocido

Fecha de Nacimiento *

Seguro Social *

Pueblo Residencia *

[Regresar a la Búsqueda](#)

[Siguiente](#)

Todos los campos con asterisco (*) son campos requeridos.

Información demográfica de la madre	
Nombre	Nombre de la madre. Este es un campo requerido.
Segundo Nombre	Segundo nombre de la madre.
Primer Apellido	Primer apellido de la madre. Este es un campo requerido, de no conocer la información seleccionar el recuadro de <i>Desconocido</i> .
Segundo apellido	Segundo apellido de la madre. Este es un campo requerido, de no conocer la información seleccionar el recuadro de <i>Desconocido</i> .
Fecha de Nacimiento	La fecha de nacimiento de la madre puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Este campo es requerido. La fecha de nacimiento es una de las variables que se utilizan para validar los registros y evitar casos fragmentados y duplicados.
Últimos 4 de seguro social	Escribir los últimos 4 números de seguro social de la madre. Este campo es requerido. El número de seguro social es una de las variables que se utilizan para validar los registros y evitar casos fragmentados y duplicados por lo que es importante recoger esta información ya sea para crear un registro o validar la información de la madre en el sistema.
Pueblo de residencia	Seleccionar del listado el municipio de residencia de la madre.

- **Las variables de fecha de nacimiento y seguro social funcionan para validar los datos y evitar duplicados por lo que es importante tener estos datos accesibles.**
- Botón de *Regresar a la búsqueda*: llevará a la pantalla de búsqueda.
- Botón de *Siguiente*: Este funciona para grabar la información y permite pasar a la próxima pantalla. Hay 2 mensajes que pueden aparecer en la pantalla al presionar este botón:
 - *La información fue guardada satisfactoriamente.*
 - Este mensaje aparecerá al presionar el botón cuando un registro creado nuevo haya sido entrado y grabado satisfactoriamente o cuando se esté pasando de pantalla en un registro existente.
 - *Ya existe un récord con estos datos.*
 - Este mensaje sale al crear un registro y significa que ya existe una madre que tiene la misma fecha de nacimiento y últimos 4 números de seguro social. Deberá proceder al área de búsqueda e intentar la búsqueda nuevamente. Si cuando hacen esta búsqueda encuentran una madre que tiene nombre diferente pero los parámetros de fecha de nacimiento y seguro social son

iguales es importante que **no** cambie la información y se comunique al Programa de PCANU.


Información de Contacto

NOTA: Favor de reportar al menos dos (2) números de contacto.

Teléfono *

Teléfono Alt. *

Teléfono Alt.

Correo Electrónico

Dirección Física

Dirección 1

Dirección 2

Pueblo

Selecione

▼

Código Postal

* Dirección Postal

☐
Dirección postal igual a la física

Dirección 1

Dirección 2

Pueblo

Selecione

▼

Código Postal

Información anterior

Siguiente

Información demográfica de la madre: Información de contacto	
Teléfono	El sistema permite hasta 3 números de teléfono. Este es un campo requerido.
Correo electrónico	Correo electrónico de la madre.
Dirección física	Completar o validar dirección física de la madre. El pueblo puede ser seleccionado de la lista.
Dirección postal	Completar o validar la dirección postal de la madre. Si esta es la misma que la dirección física, puede seleccionar el encasillado <i>Dirección postal igual a la</i>

	física, y se completaran los campos automáticamente. Estos son campos requeridos.
--	---

 **Información de Contacto**

Tipo de plan médico *

Aseguradora *

[Información Anterior](#) [Guardar](#) [Añadir información adicional](#)

Información demográfica de la madre: Información de contacto	
Tipo de plan médico	Se refiere al tipo de plan médico al momento del parto. Escoger entre: Plan de Salud del gobierno o medicare, Plan privado, Pago por cuenta propia u otro. Este es un campo requerido.
Aseguradora	Seleccionar la aseguradora que corresponda. Este es un campo requerido.

- Botón de Información Anterior: llevará a la segunda pantalla de información de la madre, Información de Contacto.
- Botón de Guardar: Este funciona para grabar la información y permite pasar a la próxima pantalla.
- Botón Añadir información adicional: llevará a una ventana para entrar otra información que de tener los datos disponibles puede reportar.

Lista de bebés

Luego de la entrada de un infante este aparecerá en la Lista de bebés/Infantes de la Madre. En el sistema de PCANU-IS los infantes están enlazados a la madre. Por lo que en Infantes de la Madre se encontrará un listado de los infantes nacidos desde el 2019 de esta madre que hayan sido reportados al sistema.

 **Infantes de la Madre**

Unique ID	Nombre del Infante	Sexo	Hospital	Núm. Récord	Fecha de Nacimiento	Área
PER08012023999889287	ATLAS DESCONOCIDO DUMMY	Masculino		1234	8/1/2023	Demográfica Cernimiento Evaluación

[Regresar a la información de la madre](#) [Añadir Bebé](#)

Infantes de la madre: Tabla resumen	
Unique ID	Identificador único del infante en el sistema de información. Este es único por cada infante.
Nombre del Infante	Nombre completo del infante reportado en la Pantalla de Información Demográfica del Infante.
Sexo	Sexo del infante reportado en la Pantalla de Información Demográfica del Infante.
Hospital	Hospital de nacimiento del infante reportado en la Pantalla de Información Demográfica del Infante. Si está en blanco significa que el infante no nació en el hospital.
Núm. de Récord	Número de expediente del infante en el hospital de nacimiento reportado en la Pantalla de Información Demográfica del Infante.
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del infante reportada en la Pantalla de Información Demográfica del Infante.
Área	Lugar donde puede hacer click en alguno de los siguientes botones: • Demográfica: Información demográfica del infante • Cernimiento: Ver cernimientos auditivos reportados del infante o para reportar cernimientos • Evaluación: Ver evaluaciones auditivas del infante reportadas o para reportar evaluaciones
Botón: Regresar a información de la madre	Al dar click a este botón, le llevará a la pantalla demográfica de la madre.
Botón: Añadir bebé	Dar click al botón para crear un infante de la madre.

Pantalla de Información Demográfica del Infante


Información del Infante

Nombre *

Segundo Nombre:

Primer Apellido *

☐ Desconocido

Segundo Apellido *

☐ Desconocido

Fecha de Nacimiento *



Sexo *

Record Médico *

¿Dónde nació? *

Lugar Nacimiento *

Código Postal *

Tipo de Parto *

¿El infante estuvo en la unidad intensiva de cuidado neonatal (NICU)? *

¿El infante fue transferido o será transferido del hospital de nacimiento? *

Regresar a Infantes de la madre

Siguiente

Información del Infante: Información demográfica	
Nombre	Nombre del infante. Este es un campo requerido. De tener la información del hospital (ej BB DUMMY DUMMY) deberá cambiar por el nombre del infante. Si es de un embarazo múltiple añadir la palabra del orden de nacimiento: One, Two, Three, etc.
Segundo Nombre	Segundo nombre del infante.
Primer Apellido	Primer apellido del infante. Este es un campo requerido, de no conocer la información seleccionar el recuadro de <i>Desconocido</i> . De tener la información del hospital deberá cambiar por el primer apellido del infante.
Segundo apellido	Segundo apellido del infante. Este es un campo requerido, de no conocer la información seleccionar el

	recuadro de <i>Desconocido</i> . De tener la información del hospital deberá cambiar por el segundo apellido del infante.
Fecha de Nacimiento	La fecha de nacimiento del infante puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Este campo es requerido. Del infante ser reportado por el hospital, este campo ya estará completado.
Sexo	Sexo del infante: Masculino, Femenino o Desconocido. Este campo es requerido. Del infante ser reportado por el hospital, este campo ya estará completado.
¿Dónde nació?	Seleccionar del listado si el infante nació en Puerto Rico, Fuera de Puerto Rico, otro o Desconocido.
Lugar de nacimiento	Seleccionar si es Hospital, Hogar, Otro o Desconocido.
Hospital	Si está o se selecciona hospital, se presentará el campo del nombre del hospital para escoger del listado. Al escoger el hospital se completará de manera automática el municipio y el código postal.
Hogar	Si se selecciona hogar, se deberá completar el municipio de nacimiento y el código postal.
Otro	Si se selecciona otro, aparecerá un campo para especificar el otro lugar de nacimiento que no ha sido mencionado anteriormente. Además, se deberá completar municipio de nacimiento y código postal.
Código postal	Depende del lugar de nacimiento para contestarse.
Tipo de parto	Seleccionar si el tipo de parto fue sencillo o múltiple. Si es múltiple, aparecerán 2 campos: - Parto múltiple: escoger el número de infantes producto de este parto (Opciones: 2 infantes o 3 infantes o más) - Orden de parto: escoger el número correspondiente al orden en que nacieron los infantes
¿El infante estuvo en la unidad intensiva de cuidado neonatal (NICU)?	Seleccionar: - No: cuando el infante no estuvo en NICU - Sí: cuando el infante tuvo estadía en NICU (no importa el tiempo de la estadía). - Desconocido: cuando se desconoce si el infante estuvo en NICU
¿El infante fue transferido o será transferido del hospital de nacimiento?	Seleccionar: - No: cuando el infante no fue transferido del hospital de nacimiento - Sí: cuando el infante fue transferido del hospital de nacimiento - Desconocido: cuando se desconoce si el infante fue transferido del hospital de nacimiento

Cernimiento

Al seleccionar el botón de cernimiento le llevará a la pestaña de cernimiento. En esta encontrará una tabla resumen de los cernimientos realizados y reportados del infante o la pantalla vacía de no tener ningún cernimiento reportado.

Cernimiento	Evaluación	Intervención temprana: Parte C	Intervención temprana: Fuera de Parte C
-------------	------------	--------------------------------	---

	Id	Cernimiento Auditivo	Fase Cernimiento	Fecha de Cernimiento	Resultado Oído Derecho	Resultado Oído Izquierdo	Tipo de Prueba	Fecha Reporte	Usuario
Select	96680	SI	Fase 1 – todo bebé luego de las 12 horas de nacido o antes de ser dados de alta. EOA o ABR. Siempre ABR para infantes de mamás ZIKA Positivo.	8/8/2023	Pasó	Pasó	Auditory Brainstem Response (ABR)	8/14/2023 11:00:14 AM	STEPHANY.F

Añadir cernimiento o registrar que no fue cernido
Coordinar Cita

Volver a la información de infante

Pestaña Cernimiento	
Select	Se refiere al enlace para entrar y leer la información detallada sobre el resultado de cernimiento reportado.
Id	Se refiere al número de cernimiento reportado.
Cernimiento Auditivo	Se refiere a: • Sí: el cernimiento auditivo fue realizado • No: el cernimiento auditivo no se realizó
Fase del Cernimiento	Se refiere la fase del cernimiento que fue reportada de este haber sido realizado.
Fecha de Cernimiento	Se refiere a la fecha de la fase del cernimiento que fue reportada.
Resultado Oído Derecho	Se refiere al resultado del oído derecho de la fase del cernimiento que fue reportada.
Resultado Oído Izquierdo	Se refiere al resultado del oído izquierdo de la fase del cernimiento que fue reportada.
Tipo de prueba	Se refiere a la prueba utilizada para la fase del cernimiento que fue reportada.
Fecha de reporte	Se refiere a la fecha en que se reportó el resultado de la fase del cernimiento.

Usuario	Se refiere al usuario que reportó el resultado de la fase del cernimiento.
Botón: Añadir cernimiento o registrar que no fue cernido	Oprimir este botón cuando se quiera crear o añadir un cernimiento que no ha sido reportado anteriormente.
Botón: Coordinar cita	Oprimir este botón cuando se quiera crear o añadir una cita coordinada del infante.
Botón: Volver a la información del infante	Oprimir este botón cuando se quiera regresar a la Pantalla de Información Demográfica del Infante.

Añadir un resultado de cernimiento

Cuando se selecciona el botón *Añadir cernimiento o registrar que no fue cernido*, le mostrará el siguiente recuadro.

Información de cernimiento

¿Se realizó el cernimiento auditivo? * ☐ Sí ☐ No

¿Quién origina el caso? * ☐ Hospital ☐ Clínica Auditiva

Cancelar

Guardar

Información del Cernimiento	
¿Se realizó el cernimiento auditivo?	Se refiere a si se llevó a cabo el cernimiento auditivo. Respuestas: Sí, No.
Quién origina el caso	Se refiere si es el hospital o la Clínica quién origina el resultado de esta fase de cernimiento. En este caso será Clínica Auditiva.

Cernimiento Auditivo Realizado

Información de cernimiento

¿Se realizó el cernimiento auditivo? * ☒ Sí ☐ No

¿Quién origina el caso? * ☐ Hospital ☒ Clínica Auditiva

Estatus de Cernimiento *

Seleccione

Fecha de Cernimiento *

mm/dd/yyyy

Profesional que realizó el cernimiento *

Seleccione

de Record *

Nombre de la Clínica *

Seleccione

Código postal de la clínica *

Información del Cernimiento: Cernimiento Auditivo Realizado	
Estatus de cernimiento	Fase de cernimiento auditivo realizada. Escoger entre: • Fase 1 • Repetición de Fase 1 • Fase 2
Fecha de cernimiento	Fecha en la que se realizó la fase de cernimiento. La fecha de cernimiento del infante puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Este campo es requerido.
Profesional que realizó el cernimiento	Profesión de la persona que realizó el cernimiento. Se puede escoger entre: Enfermero, Audiólogo, Patólogo de habla y lenguaje y Otro profesional de la Salud. De seccionar el último, le aparecerá un campo de especifique para escribir el profesional que realiza el cernimiento.
# de récord	Número de expediente de la clínica auditiva que está reportando el cernimiento.

Nombre de la Clínica	Nombre de la clínica auditiva que está reportando el cernimiento. Debe seleccionar de la lista provista y de no encontrarse en esta puede seleccionar otro. De no estar en el listado es importante que envíe un correo electrónico con la información de la clínica para ser incluida en el sistema de información.
Código postal de la clínica	Código postal de la clínica auditiva donde ocurrió el cernimiento y que está reportando el mismo. Este se completará de manera automática cuando se seleccione la clínica auditiva.

Criterios de riesgo *

- ☐ No aplica
- ☐ Historial familiar con pérdida auditiva permanente
- ☐ Infante en Cuidado Intensivo (NICU) o cualquier otra unidad de cuidado intermedio por más de 5 días
- ☐ Oxigenación por membrana extracorporeal (ECMO)
- ☐ Ventilación asistida
- ☐ Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos
- ☐ Hiperbilirrubinemia que requiera cambio de sangre
- ☐ Infecciones perinatales- ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes o sífilis
- ☐ Anomalías craneofaciales
- ☐ Síndrome asociado a pérdida auditiva - ej. Waardenburg
- ☐ Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer
- ☐ Trauma en cabeza
- ☐ Virus Zika
- ☐ Citomegalovirus (CMV)
- ☐ Preocupación de los padres o tutor legal (cuidador)
- ☐ Desconocido
- ☐ Otro, especifique

¿Se orientó a la familia sobre por qué su infante necesita un examen de evaluación audiológica (por ejemplo: audiometría de comportamiento) anualmente? *

Sí

Comentario o información adicional relacionada a este cernimiento

Cancelar

Guardar

Información del Cernimiento: Continuación de Cernimiento Auditivo Realizado	
Criterios de riesgo	Se refiere a los criterios de riesgo que apliquen al infante al nacimiento. Puede seleccionar todos los que apliquen. De no tener criterio de riesgo al nacer, seleccionar <i>No aplica</i> . De no conocer si tuvo criterio de riesgo, seleccionar <i>Desconocido</i> . De tener un criterio que no está en la lista, seleccionar <i>Otro, especifique</i> . Para este último le aparecerá un campo donde se debe escribir los otros criterios de riesgo.
¿Se orientó a la familia sobre por qué su infante necesita un examen de evaluación audiológica (por ejemplo: audiometría de comportamiento) anualmente?	Se refiere a si el profesional le proveyó a la familia orientación sobre si el infante necesitaba una evaluación audiológica. Opciones: Sí, No.
Comentario o información adicional relacionada a este cernimiento	En este campo deberá incluir cualquier información que entienda que sea importante que el programa conozca y que no haya entrado anteriormente.
Botón: Guardar	Seleccionar cuando se haya completado la entrada y se desee guardar la información. Contestar guardar en la pantalla que aparece.
Botón: Cancelar	Seleccionar si no se desea guardar la información entrada.

Evaluación auditiva

Al seleccionar el botón de Evaluación le llevará a la pestaña de Evaluación. En esta encontrará una tabla resumen de las evaluaciones auditivas realizadas y reportadas del infante. En el caso no tener ninguna evaluación auditiva reportada verá una pantalla como la mostrada a continuación:

[Búsqueda](#) / [Info Madre](#) / [Lista de bebés](#) / [Info Bebé](#)

Cernimiento
Evaluación
Intervención temprana: Parte C
Intervención temprana: Fuera de Parte C

No tiene ninguna evaluación.

Añadir evaluación
Coordinar Cita

Volver a la información de infante

Pestaña Evaluación	
Botón: Añadir evaluación	Oprimir este botón cuando se quiera crear o añadir una evaluación auditiva que no ha sido reportada anteriormente.
Botón: Coordinar cita	Oprimir este botón cuando se quiera crear o añadir una cita coordinada del infante.
Botón: Volver a la información del infante	Oprimir este botón cuando se quiera regresar a la Pantalla de Información Demográfica del Infante.

Reportar una evaluación auditiva

Evaluación e información del profesional

Información de evaluación auditiva

Evaluación e información del profesional

Record *

Tipo de evaluación *

Seleccione

Fecha de evaluación *

mm/dd/yyyy

Nombre de la clínica *

Seleccione

Código postal de la clínica *

Información Evaluación Auditiva	
# de récord	Número de expediente de la clínica auditiva.
Tipo de evaluación	Se refiere a si es la primera evaluación, reevaluación o continuación de primera o reevaluación.
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la evaluación. La fecha de la evaluación puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy).
Nombre de la clínica	Nombre de la clínica auditiva donde se realizó la evaluación auditiva. Debe seleccionar de la lista provista y de no encontrarse en esta puede seleccionar otro. De no estar en el listado es importante que envíe un correo electrónico con la información de la clínica para ser incluida en el sistema de información.
Código postal de la clínica	Código postal de la clínica auditiva donde ocurrió la evaluación auditiva y que está reportando el mismo. Este se completará de manera automática cuando se seleccione la clínica auditiva.

Información del audiólogo

Nombre *

Seleccione

Correo electrónico *

Teléfono *

Licencia profesional *

Información Evaluación Auditiva: Continuación	
Nombre	Nombre del audiólogo que realizó la evaluación auditiva. Seleccionar de la lista. De no estar en la lista, deberá enviar por correo electrónico la información para ser incluida.
Correo electrónico	Correo electrónico de la clínica auditiva donde se realizó la evaluación auditiva. Este campo se completa automáticamente al escoger el nombre del audiólogo.
Teléfono	Número de teléfono de la clínica auditiva donde se realizó la evaluación auditiva. Este campo se completa automáticamente al escoger el nombre del audiólogo.
Licencia profesional	Número de licencia profesional del audiólogo que realizó la evaluación auditiva. Este campo se completa automáticamente al escoger el nombre del audiólogo.

Historial Significativo

Historial significativo

¿El infante fue sedado? (Sedado se define como uso de medicamento recetado cuya indicación principal es apaciguar, sosegar o calmar a alguien y que requiere de un médico o enfermera para el monitoreo del proceso de sedación) *

No

Historial significativo *

- ☐ No aplica
- ☐ Historial familiar con pérdida auditiva permanente
- ☐ Infante en Cuidado Intensivo (NICU) o cualquier otra unidad de cuidado intermedio por más de 5 días
- ☐ Oxigenación por membrana extracorporeal (ECMO)
- ☐ Ventilación asistida
- ☐ Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos
- ☐ Hiperbilirrubinemia que requiera cambio de sangre
- ☐ Infecciones perinatales- ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes o sífilis
- ☐ Anomalías craneofaciales
- ☐ Síndrome asociado a pérdida auditiva - ej. Waardenburg
- ☐ Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer
- ☐ Trauma en cabeza
- ☐ Virus Zika
- ☐ Citomegalovirus (CMV)
- ☐ Preocupación de los padres o tutor legal (cuidador)
- ☐ Desconocido
- ☐ Otro, especifique

Información Evaluación Auditiva: Historial Significativo	
¿El infante fue sedado?	Se refiere a si el infante fue sedado para la evaluación auditiva. Sedado se define como uso de medicamento recetado cuya indicación principal es apaciguar, sosegar o calmar a alguien y que requiere de un médico o enfermera para el monitoreo del proceso de sedación.
Historial Significativo	Se refiere al historial al nacer o actual del infante que apliquen. Puede seleccionar todos los que apliquen. De no tener historial significativo, seleccionar <i>No aplica</i> . De no conocer si tuvo historial significativo, seleccionar <i>Desconocido</i> . De tener un criterio o historial que no está en la lista, seleccionar <i>Otro, especifique</i> . Para este último le aparecerá un campo donde se debe escribir los otros criterios de riesgo. Si selecciona <i>Historial familiar con pérdida auditiva permanente</i> , le aparecerán unos campos para seleccionar el familiar o especifique.

Pruebas de Evaluación

Solo deberá reportar las pruebas que se realizaron en la evaluación auditiva.

Resultados de la evaluación audiológica
Nota: Marcar las pruebas realizadas al infante

Pruebas de evaluación *

☐ Otoscopia
 ☐ Timpanometría
 ☐ Reflejo Acústico
 ☐ EOA
 ☐ ABR Click
 ☐ ABR Tonal
 ☐ Aspecto Neurológico
 ☐ Audiometría

Notas u observaciones

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación	
Pruebas de Evaluación	Marcar en el recuadro solamente las pruebas que se realizaron en la evaluación audiológica que está reportando.

Otoscopía

Resultado de otoscopia

OÍDO	FECHA DE EVALUACIÓN	RESULTADO	ESPECIFIQUE	CONFIABILIDAD	ESPECIFIQUE
Oído Derecho	mm/dd/yyyy 	Seleccione ▾	Especifique	Seleccione ▾	Especifique
Oído Izquierdo	mm/dd/yyyy 	Seleccione ▾	Especifique	Seleccione ▾	Especifique

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-Otoscopia	
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Reportar para ambos oídos.
Resultado	Escoger el resultado de la prueba para cada oído. • Membrana timpánica clara y traslúcida • Membrana timpánica opaca • Membrana timpánica perforada • Membrana timpánica intacta • Canal Auditivo Externo despejado de Cerumen • Canal Auditivo Externo bloqueado de Cerumen

	- Otro especifique. (Si este es seleccionado completar campo de especifique) - No evaluado
Confiabilidad	Se refiere a la confiabilidad de la prueba. Si esta es Buena, Regular o Pobre.

Timpanometría

Resultado de timpanometría

Frecuencia utilizada *

OÍDO	FECHA DE EVALUACIÓN	RESULTADO	ESPECIFIQUE	CONFIABILIDAD	ESPECIFIQUE
Oído Derecho	mm/dd/yyyy	Seleccio	Especifique	Seleccione	Especifique
Oído Izquierdo	mm/dd/yyyy	Seleccio	Especifique	Seleccione	Especifique

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-Timpanometría	
Frecuencia utilizada	Se refiere a la frecuencia utilizada al realizar la timpanometría. Escoger la frecuencia utilizada. 226 Hz 678 Hz 800 Hz 1kHz
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Reportar para ambos oídos.
Resultado	Escoger el resultado de la prueba para cada oído. - Tipo A - Tipo B - Tipo C - Tipo AS - Tipo AD - Otro especifique. (Si este es seleccionado completar campo de especifique) - No evaluado
Confiabilidad	Se refiere a la confiabilidad de la prueba. Si esta es Buena, Regular o Pobre.

Reflejo acústico

Resultado de reflejo acústico

OÍDO	FECHA DE EVALUACIÓN	RESULTADO	ESPECIFIQUE	CONFIABILIDAD	ESPECIFIQUE
Oído Derecho	mm/dd/yyyy 	Seleccior ▾	Especifique	Selecione ▾	Especifique
Oído Izquierdo	mm/dd/yyyy 	Seleccior ▾	Especifique	Selecione ▾	Especifique

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-Reflejo Acústico	
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Reportar para ambos oídos.
Resultado	Escoger el resultado de la prueba para cada oído. • Presente IPSI • Presente Contralateral • Ausente IPSI • Ausente Contralateral • Otro especifique. (Si este es seleccionado completar campo de especifique) • No evaluado
Confiabilidad	Se refiere a la confiabilidad de la prueba. Si esta es Buena, Regular o Pobre.

Emisiones Otacústicas (EOA)

Resultado de EOA

Tipo de prueba * Seleccione ▾

OÍDO	FECHA DE EVALUACIÓN	RESULTADO	ESPECIFIQUE	CONFIABILIDAD	ESPECIFIQUE
Oído Derecho	mm/dd/yyyy 	Seleccior ▾	Especifique	Selecione ▾	Especifique
Oído Izquierdo	mm/dd/yyyy 	Seleccior ▾	Especifique	Selecione ▾	Especifique

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-EOA	
Tipo de prueba	Se refiere al tipo de prueba de emisiones otacústicas realizada. Escoger el tipo de prueba. • DPOAE

	• TOAE
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Reportar para ambos oídos.
Resultado	Escoger el resultado de la prueba para cada oído. • Emisiones presentes • Emisiones ausentes • Emisiones parcialmente presentes • Otro especifique. (Si este es seleccionado completar campo de especifique) • No evaluado
Confiabilidad	Se refiere a la confiabilidad de la prueba. Si esta es Buena, Regular o Pobre.

ABR Click

Resultado de ABR click

OÍDO	FECHA DE EVALUACIÓN	RESULTADO	ESPECIFIQUE	CONFIABILIDAD	ESPECIFIQUE
Oído Derecho	mm/dd/yyyy 	Seleccior ▾	Especifique	Selecione ▾	Especifique
Oído Izquierdo	mm/dd/yyyy 	Seleccior ▾	Especifique	Selecione ▾	Especifique

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-ABR Click	
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Reportar para ambos oídos.
Resultado	Escoger el resultado de la prueba para cada oído. • Dentro de la norma • Fuera de la norma • No evaluado • No completado
Confiabilidad	Se refiere a la confiabilidad de la prueba. Si esta es Buena, Regular o Pobre.

ABR Tonal

- Aire

Resultado de ABR tonal * Recuerde entrar los datos ajustados con el factor de corrección

Tipo de prueba * ☒ Aire ☐ Hueso

ABR Tonal - Aire

FRECUENCIAS	Oído Derecho	Oído Izquierdo
500Hz	dB HL	dB HL
1kHz	dB HL	dB HL
2kHz	dB HL	dB HL
4kHz	dB HL	dB HL
Fecha de Evaluación	mm/dd/yyyy 	mm/dd/yyyy 

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-ABR Tonal Aire	
Resultado	Entrar el resultado ajustado en dB HL de las frecuencias evaluadas para ambos oídos. Solo se reportan las frecuencias evaluadas.
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Reportar para ambos oídos.

- Hueso

ABR Tonal - Hueso

FRECUENCIAS	Oído Derecho	Oído Izquierdo
500Hz	dB HL	dB HL
1kHz	dB HL	dB HL
2kHz	dB HL	dB HL
4kHz	dB HL	dB HL
Fecha de Evaluación	mm/dd/yyyy 	mm/dd/yyyy 

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-ABR Tonal Hueso	
Resultado	Entrar el resultado ajustado en dB HL de las frecuencias evaluadas para ambos oídos. Solo se reportan las frecuencias evaluadas.
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Reportar para ambos oídos.

Aspecto neurológico

Resultado de aspecto neurológico

OÍDO	FECHA DE EVALUACIÓN	RESULTADO	ESPECIFIQUE	CONFIABILIDAD	ESPECIFIQUE
Oído Derecho	mm/dd/yyyy	Seleccion	Especifique	Selecione	Especifique
Oído Izquierdo	mm/dd/yyyy	Seleccion	Especifique	Selecione	Especifique

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-Aspecto neurológico	
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy). Reportar para ambos oídos.
Resultado	Escoger el resultado de la prueba para cada oído. • Positivo para Neuropatía • Negativo para Neuropatía • No evaluado • Otro especifique. (Si este es seleccionado completar campo de especifique)
Confiabilidad	Se refiere a la confiabilidad de la prueba. Si esta es Buena, Regular o Pobre.

Audiometrías

El sistema de PCANU-IS permite el reporte de las siguientes audiometrías:

- VRA (Visual Reinforcement Audiometry)

Resultado de VRA * Debe llenar al menos una frecuencia

☐ NO COMPLETADO

OÍDO	TRANSDUCER	FRECUENCIA					
		250Hz	500Hz	1kHz	2kHz	4kHz	8kHz
Oído Derecho	☐ Sound field/Aided						
		dB HL	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
	☐ IDH/Insert						
		dB HL	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
Oído Izquierdo	☐ Sound field/Aided						
		dB HL	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
	☐ IDH/Insert						
		dB HL	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
Fecha de Evaluación:		mm/dd/yyyy 					

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-Audiometría VRA	
Transducer	Escoger entre: • Sound field/Aided • IDH/Insert
Resultado	Entrar el resultado en dB HL de las frecuencias evaluadas para ambos oídos. Solo se reportan las frecuencias evaluadas.
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy).
No completado	De comenzar la prueba y no lograr completarla, favor de marcar no completado.

- BOA (behavioral Observation Audiometry)

Resultado de BOA

☐ NO COMPLETADO

OÍDO	TRANSDUCER	FRECUENCIA			
		500Hz	1kHz	2kHz	4kHz
Oído Derecho	☐ Sound field/Aided	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
	☐ IDH/Insert	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
Oído Izquierdo	☐ Sound field/Aided	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
	☐ IDH/Insert	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
Fecha de Evaluación:		mm/dd/yyyy 			

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-BOA	
Transducer	Escoger entre: • Sound field/Aided • IDH/Insert
Resultados	Entrar el resultado en dB HL de las frecuencias evaluadas para ambos oídos. Solo se reportan las frecuencias evaluadas.
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy).
No completado	De comenzar la prueba y no lograr completarla, favor de marcar no completado.

- Tonos puros

Resultado de tonos puros

☐ NO COMPLETADO

OÍDO	TRANSDUCER	FRECUENCIA			
		500Hz	1kHz	2kHz	4kHz
Oído Derecho	☐ Sound field/Aided	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
	☐ IDH/Insert	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
Oído Izquierdo	☐ Sound field/Aided	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
	☐ IDH/Insert	dB HL	dB HL	dB HL	dB HL
Fecha de Evaluación:		mm/dd/yyyy 			

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-Tonos puros	
Transducer	Escoger entre: • Sound field/Aided • IDH/Insert
Resultados	Entrar el resultado en dB HL de las frecuencias evaluadas para ambos oídos. Solo se reportan las frecuencias evaluadas.
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy).
No completado	De comenzar la prueba y no lograr completarla, favor de marcar no completado.

- Habla

Resultado del habla

☐ NO COMPLETADO

OÍDO	RUTA	RESULTADO	CONFIABILIDAD
Oído Derecho	SDT	Seleccione ▼ %	Seleccione ▼
	SRT	Seleccione ▼ dB HL	
	WRS	% a dB HL	
Oído Izquierdo	SDT	Seleccione ▼ %	Seleccione ▼
	SRT	Seleccione ▼ dB HL	
	WRS	% a dB HL	
Fecha de Evaluación:		mm/dd/yyyy 📅	

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-Habla	
Ruta	Escoger entre: • SDT • SRT • WRS
Resultados	Solo se reportan las rutas evaluadas. • SDT: Entrar el resultado en dB HL o discriminación de valores para ambos oídos. • SRT: Entrar el resultado en dB HL e indicar si es consistente o no con tonos puros
Confiabilidad	Se refiere a la confiabilidad de la prueba. Si esta es Buena, Regular o Pobre.
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy).
No completado	De comenzar la prueba y no lograr completarla, favor de marcar no completado.

- Ganancia Funcional

Resultado del ganancia funcional

☐ NO COMPLETADO

OÍDO	RUTA	RESULTADO	CONFIABILIDAD	REM
Oído Derecho	SDT	Seleccione ▼ %	Seleccione ▼	☐ REM
	SRT	Seleccione ▼ dB HL		
	WRS	% a dB HL		
Oído Izquierdo	SDT	Seleccione ▼ %	Seleccione ▼	☐ REM
	SRT	Seleccione ▼ dB HL		
	WRS	% a dB HL		
Fecha de Evaluación:		mm/dd/yyyy 📅		

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-Ganancia funcional	
Ruta	Escoger entre: • SDT • SRT • WRS
Resultados	Solo se reportan las rutas evaluadas. • SDT: Entrar el resultado en dB HL o discriminación de valores para ambos oídos. • SRT: Entrar el resultado en dB HL e indicar si es consistente o no con tonos puros
Confiabilidad	Se refiere a la confiabilidad de la prueba. Si esta es Buena, Regular o Pobre.
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy).
No completado	De comenzar la prueba y no lograr completarla, favor de marcar no completado.

- Audiometría de juegos

Resultado del ganancia funcional

☐ NO COMPLETADO

OÍDO	RUTA	RESULTADO	CONFIABILIDAD	REM
Oído Derecho	SDT	Seleccione ▼ %	Seleccione ▼	☐ REM
	SRT	Seleccione ▼ dB HL		
	WRS	% a dB HL		
Oído Izquierdo	SDT	Seleccione ▼ %	Seleccione ▼	☐ REM
	SRT	Seleccione ▼ dB HL		
	WRS	% a dB HL		
Fecha de Evaluación:		mm/dd/yyyy 📅		

Información Evaluación Auditiva: Pruebas de evaluación-Audiometría de Juegos	
Ruta	Escoger entre: • SDT • SRT • WRS
Resultados	Solo se reportan las rutas evaluadas. • SDT: Entrar el resultado en dB HL o discriminación de valores para ambos oídos. • SRT: Entrar el resultado en dB HL e indicar si es consistente o no con tonos puros
Confiabilidad	Se refiere a la confiabilidad de la prueba. Si esta es Buena, Regular o Pobre.
Fecha de evaluación	Fecha en la que se realizó la prueba. La fecha de la puede escogerse del calendario o escribir los números utilizando el formato (mm/dd/yyyy).
No completado	De comenzar la prueba y no lograr completarla, favor de marcar no completado.

Diagnósticos y/o Resumen de los Resultados

Diagnósticos y/o Resumen de los Resultados

Oído derecho

Resultado *

Selecione

Nivel de severidad *

Selecione

Oído izquierdo

Resultado *

Selecione

Nivel de severidad *

Selecione

La pérdida auditiva identificada es: *

Selecione

Información Evaluación Auditiva: Diagnóstico	
Resultados	Se refiere al resultado por oído de la evaluación auditiva. Escoger entre: • Audición normal • Pérdida auditiva conductiva temporera • Pérdida auditiva conductiva permanente • Pérdida auditiva sensorineural • Neuropatía • Pérdida Mixta (SN/Conductiva temp.) • Pérdida Mixta (SN/Conductiva permanente) • Tipo de pérdida no determinada • No realizado
Severidad	Se refiere a severidad de la pérdida auditiva dado por ASHA. Escoger entre: • No determinado • Normal • Slight • Mild • Moderate • Moderately severe • Severe • Profound
La pérdida identificada es	Cuando se identifica una pérdida auditiva en algún oído, este campo deberá ser completado. Escoger entre: • Congénita • Inicio tardío • Se desconoce

Recomendaciones

Recomendaciones

Nota: Marcar de ser **Sí**, de ser **No** dejar en blanco.

- ☐ Evaluación completada para determinar un diagnóstico
- ☐ Regresar para evaluación adicional inmediata en semanas
- ☐ Regresar para evaluación adicional en meses
- ☐ Monitoreo audiológico para posible pérdida de audición de inicio tardío "late on set"
- ☐ No se requiere evaluación adicional, a menos que lo indique la clínica en un futuro, por preocupación de los padres o según determina la Ley 311 del 2003.
- ☐ Evaluación otológica (ENT)
- ☐ Evaluación con oftalmólogo
- ☐ Evaluación con Genetista
- ☐ Servicios de Apoyo a Padres, Ej: APNI
- ☐ Centro de Servicios Craneofacial
- ☐ Programa de Intervención Temprana
- ☐ Paciente con recomendación de audífonos
- ☐ Evaluación Ganancia funcional
- ☐ Referido para Patólogo del Habla y Lenguaje
- ☐ Referido para prueba auditiva a través de sedación
- ☐ Referido a pediatra/proveedor de atención primaria
- ☐ Otro, especifique:

Cancelar

Guardar

Información Evaluación Auditiva: Recomendaciones	
Recomendaciones	Se refiere a las recomendaciones y referidos realizados al infante al finalizar la evaluación auditiva. Puede escoger todas las que apliquen. Cuando seleccione regresar para evaluación en semanas o meses le aparecerá un espacio para especificar cuantas semanas o meses. Si se selecciona Otro especifique, completar campo de especifique. Es de suma importancia que seleccione <i>Evaluación completada para determinar diagnóstico</i>, cuando la evaluación auditiva del infante haya sido completada y se haya obtenido un diagnóstico de su estado de audición.