



# PEE DEE HEARING CENTER

## Formulario de historia del recién nacido/bebé

(Newborn/Infant History Form)

Nombre del Niño o Niña  
(Child's Name ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento  
(Date of Birth) \_\_\_\_\_

Fecha de hoy  
( Today's Date ) \_\_\_\_\_

### Antecedentes familiares

(Family History)

¿Usted o alguien de su familia tiene pérdida auditiva que comenzó cuando era un niño? \_\_\_\_\_ Si.... Quien ? \_\_\_\_\_  
(Do you or anyone in your family have hearing loss that started when they were a child?) (If so, who? )

¿Usted o alguien de su familia tiene antecedentes de infecciones del oído o tubos de EP? \_\_\_\_\_ Si.... Quien? \_\_\_\_\_  
(Do you or anyone in your family have a history of ear infections or PE tubes? ) ( If so, who? )

¿Alguien que vive en su casa fuma? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Does anyone that lives in your household smoke?) (Yes)

### Embarazo

(Pregnancy)

#### ¿Ocurrió alguno de los siguientes síntomas durante el embarazo? (Marque todo lo que corresponda)

(Did any of the following occur during pregnancy? (Check all that apply))

<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol (Alcohol use)	<input type="checkbox"/> Herpes (Herpes)	<input type="checkbox"/> Incompatibilidad RH (RH Incompatibility )	<input type="checkbox"/> Toxemia (Toxemia)
<input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa (Communicable disease )	<input type="checkbox"/> Infección maternal (Maternal Infection)	<input type="checkbox"/> Fumar (Smoking)	<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis (Toxoplasmosis)
<input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) (Cytomegalovirus (CMV) )	<input type="checkbox"/> Enfermedad materna (Maternal Illness)	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (drogas) (Substance (Drug) abuse )	<input type="checkbox"/> Virus de Zika (Zika Virus)
<input type="checkbox"/> Sarampión/rubéola alemana (German measles/Rubella)	<input type="checkbox"/> Radiografías maternas (Maternal X-rays)	<input type="checkbox"/> ETS (sífilis, herpes, etc.) STDs (Syphilis, Herpes, etc.)	<input type="checkbox"/> Virus Corona (COVID 19) (Corona Virus (COVID 19)

### Parto y después del nacimiento

(Delivery and after birth)

(What type of Delivery did your child have? ) \_\_\_\_\_

¿Su hijo pasó tiempo en la UCIN? \_\_\_\_\_  
(Did your child spend time in the NICU?)

Si es así, ¿cuánto tiempo \_\_\_\_\_  
(If so, how long?)

¿Su hijo o hija recibió oxígeno después del nacimiento? \_\_\_\_\_  
(Did your child receive oxygen after birth? )

Si es así, ¿cuánto tiempo \_\_\_\_\_  
( If so, how long?)

¿Su hijo o hija fue puesta en ventilación mecánica después del nacimiento? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuánto tiempo \_\_\_\_\_  
(Was your child placed on mechanical ventilation after birth?) ( If so, how long? )

¿Cuál fue el puntaje APGAR de su hija? \_\_\_\_\_ Por encima de 7 \_\_\_\_\_ Por debajo de 7 \_\_\_\_\_ No sé \_\_\_\_\_  
(What was your child's APGAR Score?) (Above 7 ) (Below 7) ( Don't Know)

¿Su hijo o hija tuvo alguno de los siguientes después del nacimiento?  
(Did your child have any of the following after birth?)

<input type="checkbox"/> Medicamentos ototóxicos (Ototoxic Medications)	<input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana (Bacterial meningitis)	<input type="checkbox"/> Traumatismo craneoencefá (Head trauma)
<input type="checkbox"/> Hipertensión pulmonar (Pulmonary Hypertension)	<input type="checkbox"/> Síndrome de carga (Charge Syndrome)	<input type="checkbox"/> Marcas en la piel (Skin tags)
<input type="checkbox"/> Paladar hendido/labio leporino (Cleft Palate/Cleft Lip)	<input type="checkbox"/> Incompatibilidad RH (RH incompatibility)	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down (Down syndrome)
<input type="checkbox"/> Orejas pequeñas o ausentes (Small or absent ears)	<input type="checkbox"/> Ictericia (Jaundice)	<input type="checkbox"/> Síndrome de aspiración de meconio (SAM) (Meconium Aspiration Syndrome (MAS))

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo y/o el parto? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, sírvase explicarlo a continuación.  
(Were there any complications during pregnancy and/or delivery) ( If so, please explain below.)  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados de la prueba de audición para recién nacidos de su hijo?  
(What were the results of your child's Newborn hearing screening? )

\_\_\_\_\_ Pasó ambas orejas. (Passed both ears. ) \_\_\_\_\_ Oreja izquierda paso solamente. (Passed left ear only). \_\_\_\_\_ Oreja derecha paso solamente. (Passed Right ear only).

\_\_\_\_\_ Falló en ambos oídos (Failed both ears)

Newborn/infant 0-6 month/Forms/Revised 9/2023 Spanish