



PEE DEE HEARING CENTER
FORMULARIO HISTORIAL PEDIATRICO
 (PEDIATRIC HISTORY FORM)
 (6 months – 18 years)

Nombre del Niño/a: _____ **Fecha:** _____
 (Child's Name): _____ (Date): _____
Edad: _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Sexo:** _____ **Grado actual en la escuela** _____
 (Age): _____ (DOB): _____ (Gender): _____ (Current grade in school): _____

Cuanto tiempo viendo (TV, tableta or telefono) su hijo/a pasa al dia en casa, escuela/y daycare?
 (How much screen time (TV, tablet, or phone) does your child get at home each day?)

___ Ningun (none) ___ menos de 1 hora (less than 1 hour) ___ 1 a 2 horas (1 to 2 hours) ___ mas de 2 horas (more than 2 hours)

Planteamiento del problema
(Statement of Problem)

Describe lo mas complete possible problemas del habla, lenguaje or de oír
 (Describe as completely as possible the reported speech, language, and/or hearing problems).

Quando se dio cuenta del problema y que piensa que lo causo?
 (When was the problem first noticed and what do you think caused it?) _____

Como el problema ha cambiado desde el primer momento que usted se dio cuenta?
 (How has the problem changed since you first noticed it?) _____

Diganos mas sobre previous or currente servicios
 (Tell us more about previous or current provided services):

<input type="checkbox"/> Audiología (Audiology)	<input type="checkbox"/> Terapia del habla (Speech therapy)
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (Occupational therapy)	<input type="checkbox"/> Fisioterapia (Physical therapy)
<input type="checkbox"/> Servicios de protección infantil (Child Protective Services)	<input type="checkbox"/> Servicios psicológicos/de asesoramiento (Psychological/Counseling services)
<input type="checkbox"/> Otro (Other)	<input type="checkbox"/> Escuela pública (Public school)

Historia de Embarazo y Nacimiento
(Prenatal and Birth History)

Por favor chequeen si algunos de lo siguiente estuvo presente durante el embarazo o el parto
 (Please check if any of the following were present during pregnancy or birth.)

A. Embarazo (Pregnancy) Termino complete (Full term) Prematuro (Premature) Numero de semanas de embar(# of weeks gestation):

<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo (Excessive bleeding)	<input type="checkbox"/> Sarampión alemán (German measles)	<input type="checkbox"/> Madre – reposo en cama (Mother – bed rest)
<input type="checkbox"/> Hipertensión (High blood pressure)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> De fumar (Smoking)
<input type="checkbox"/> Aborto espontáneo previo (Previous miscarriage)	<input type="checkbox"/> Incompatibilidad RH (RH incompatibility)	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral (Brain injury)
<input type="checkbox"/> Presencia de toxinas en la sangre (Toxemia)	<input type="checkbox"/> Tratamiento con rayos X (X-ray treatment)	<input type="checkbox"/> Accidente grave (Serious accident)
<input type="checkbox"/> Membrana prematura/rotura (Premature membrane/Rupture)	<input type="checkbox"/> Madre-uso/abuso de alcohol (Mother- alcohol use/abuse)	<input type="checkbox"/> Madre – uso/abuso de drogas (Mother – drug /abuse)

B. Nacimiento (Birth) Vaginal C-Section Breech

<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios (Breathing problems)	<input type="checkbox"/> Jaundice (Jaundice)	<input type="checkbox"/> Estancia prolongada en el hospital o en la UCIN (Extended hospital or NICU stay)
<input type="checkbox"/> Incubadora (Incubator)	<input type="checkbox"/> Cianosis (Cyanosis)	<input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures)
<input type="checkbox"/> Lesión (Injury)	<input type="checkbox"/> Deformidad (Deformity)	<input type="checkbox"/> Infección (Infection)
<input type="checkbox"/> Anoxemia (Anoxia)	<input type="checkbox"/> Parto difícil (Difficult delivery)	<input type="checkbox"/> Dificultad para alimentarse/tragar/sucionar (Feeding/swallowing/suck difficulty)
<input type="checkbox"/> Paladar hendido/labio lep (Cleft/lip palate)	<input type="checkbox"/> Etiqueta de oreja o hoyuelos de (Ear tag or (Ear pits)	<input type="checkbox"/> Anormalidad física Especificar (Physical Abnormality Specify)

Nombre del Niño/a:

(Child's Name): _____

Fecha de Nacimiento

(DOB): _____

Explique cualquier otra complicación relacionada con el embarazo o nacimiento

(Explain any other complications related to pregnancy or birth) _____

III. Desarrollo infantil (Child Development)

A. Desarrollo motor (Motor development) demorado/a (delayed) normal Avanzado/a (advanced)

1. ¿A qué edad se arrastró su hijo/a? ¿gateo? ¿Sentarse solo/a? ¿Caminar solo/a?
(At what age did your child) (crawl) _____ sit up alone? _____ walk alone? _____

. ¿Comenzó, pero luego dejó de hacer alguna de las cosas anteriores? . Si es así, ¿a qué edad?
2. (Did he/she start, but then stop doing any of the above? ___ No ___ SI (Yes) . If yes, at what age? _____

B. Desarrollo del habla y el lenguaje (Speech and Language Development)

demorado/a (delayed) normal demorado/a (delayed)

1. ¿Cómo te dice tu hijo/a lo que quiere?
(How does your child tell you what he/she wants?) No verbal (Non-verbal) Palabras/Frases/Oraciones (Words/Phrases/Sentences)
 Mirada a los ojos/Gestos/Señalar/Lenguaje de señas (Eye Gaze/ Gestures / Pointing /Sign Language) Otro (Other)

Explicar (Explain) _____

¿Qué porcentaje del habla de su hijo/a entiende? ___ 0% ___ 25 – 50% ___ 100%
(What percent of your child's speech do you understand?)

¿Qué porcentaje del habla de tu hijo/a entendería un extraño? ___ 0% ___ 25 – 50% ___ 100%

2. (What percent of your child's speech would a stranger understand?)

C. Emocional y conductual (Emotional and Behavioral)

Marque si se aplica alguna de las siguientes condiciones: (Check if any of the following apply):

Comportamiento (Behavior)	Casa (Home)	Escuela(School)	Otro-especificar (Other (Specify))
Problemas de conducta (destruktiva, agresiva) _____ (Behavior problems (destructive, aggressive) _____)			
Alto nivel de actividad para la edad (High activity level for age)			
Dificultad para seguir instrucciones (Difficulty following directions)			
Dificultad para mantener la atención. Se distrae fácilmente por: (Difficulty maintaining attention. Easily distracted by:) _____			
Impulsividad (no pensar antes de actuar) (Impulsivity (not thinking before acting))			
Dificultad para jugar o llevarse bien con otros (Difficulty playing/getting along with others)			
Prefiere jugar solo (tímido/a) (Prefers to play by himself/herself (shy))			
Problemas con la autoridad de los adultos (Problems with adult authority)			
Demasiado sensible a los estímulos (Overly sensitive to stimuli) _____			
Baja respuesta a los estímulos (Low response to stimuli)			

Nombre del Niño/a:

(Child's Name): _____

Fecha de Nacimiento

(DOB): _____

IV. Historial médico/auditivo (Medical/Hearing History)

Enfermedades/Condiciones (Illnesses/Conditions)

Marque las que correspondan (Check those that apply)

<input type="checkbox"/> Alergias (Allergies)	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza (Head injury)
<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención (Attention Deficit Disorder) (ADD/ADHD)	<input type="checkbox"/> Fiebre alta (High fevers)
<input type="checkbox"/> Espectro autista (Autism Spectrum)	<input type="checkbox"/> Ronquera (Hoarseness)
<input type="checkbox"/> Lesión cerebral (Brain injury)	<input type="checkbox"/> Tratamiento prolongado con medicamentos (Lengthy medication treatment)
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral (Cerebral palsy)	<input type="checkbox"/> Sarampión (Measles)
<input type="checkbox"/> Paladar hendido/labio hendido (Cleft palate/Cleft lip)	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental (Mental Health Issues)
<input type="checkbox"/> Trastorno cognitivo (memoria) (Cognitive Disorder (memory)	<input type="checkbox"/> Otra cirugía/lesión: (Other surgery/injury)
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down (Down Syndrome)	<input type="checkbox"/> Anormalidades físicas: (Physical abnormalities)
<input type="checkbox"/> Incapacidad parcial o total para comprender lo que se lee causada por una lesión cerebral. (Dyslexia)	<input type="checkbox"/> Convulsiones (Seizures)
<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación/comida/digestión/deglución (Eating/Feeding/Digestive/Swallowing problems)	<input type="checkbox"/> Trastorno de integración sensorial (Sensory-integration disorder)
<input type="checkbox"/> Inflammation of the brain, caused by infection or an allergic reaction. (Encephalitis)	<input type="checkbox"/> Síndrome (otro): (Syndrome (other):
<input type="checkbox"/> caídas frecuentes/dificultades de equilibrio(Falls frequently/balance difficulties)	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía y/o adenoidectomía (Tonsillectomy and/or Adenoidectomy)
<input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes (Frequent colds)	<input type="checkbox"/> ¿Problemas de visión? _____ ¿Anteojos? _____ (Vision Issues?) (Glasses?)

1. ¿Qué medicación está su hijo/a tomando actualmente? (What current medication is he/she taking?)

2. ¿Su hijo/a recibe vacunas según las pautas actuales de los CDC? ___ No ___ Sí. Si no, explique.
(Does your child receive vaccinations per the current CDC guidelines?) (No) (Yes) (If no, please explain)

V. Historia audiológica (Audiological History)

1. ¿Su hijo/a pasó la primera o la última prueba de audición al nacer? (Did your child pass the first or final newborn hearing screening at birth?)

- Pasó ambos (Passed both) Falló ambos (Failed both) Pasó el oído derecho, falló el oído izquierdo (Passed right ear failed left ear)
- Pasó el oído izquierdo, falló el oído derecho (Passed left ear failed right ear) Resultados desconocidos. (Unknown results).

2. ¿Siente que la audición de su hijo/a es: estable (se mantiene igual todo el tiempo) o fluctúa (va y viene)?

(Do you feel your child's hearing is: stable (stays the same all the time) or fluctuates (comes and goes)?

3. ¿Tiene su hijo/a antecedentes de acumulación de cerumen (cera)? ___ No ___ Sí.

(Does your child have a history of cerumen (wax) build up? (No) (Yes).

4. ¿Su hijo/a se queja alguna vez de dolor, presión o sensación de taponamiento en el oído? ___ No ___ Sí. Si es así, ¿en qué oído y con qué frecuencia?

(Does your child ever complain of ear pain, pressure, or fullness (feeling plugged up)? ___ No ___ Yes. If yes, which ear and how often?) _____

5. ¿Alguna vez ha estado expuesto a ruidos fuertes (armas, fuegos artificiales, música alta, etc.)? ___ No ___ Sí.

(Has he ever been exposed to loud noises (guns, fireworks, loud music, etc.)? ___ No ___ Yes.)

6. ¿Su hijo/a tiene antecedentes de infecciones de oído? ___ No ___ Sí. Si es así, ¿cuántas infecciones de oído ha tenido?

(Does your child have a history of ear infections? ___ No ___ Yes. If yes, how many ear infections have they had?) _____

7. ¿Le han colocado tubos en los oídos a su hijo/a o le han realizado otras cirugías de oído? Sí No Si es así, ¿cuántos juegos de tubos o tipos de cirugías de oído?

(Have tubes been placed in your child's ears or has your child had other ear surgeries? Yes No If yes, how many sets of tubes or types of ear surgery)?

8. ¿A alguien de la familia del niño/a se le diagnosticó pérdida auditiva antes de los 30 años? ___ No ___ Sí. Si es así, ¿quién en la familia tiene pérdida auditiva y a qué edad?
(Was anyone in the child's family diagnosed with hearing loss before 30 years old? ___ No ___ Yes. If yes, who in the family has hearing loss, and at what age?)
-

Nombre del Niño/a:

(Child's Name): _____

Fecha de Nacimiento

(DOB): _____

9. ¿Su hijo/a se queja de ruidos en los oídos? (zumbidos, pitidos, rugidos) ___ No ___ Sí.
(Does your child complain of noises in his/her ears? (ringing, buzzing, roaring) ___ No ___ Yes).
10. ¿Su hijo/a tiene antecedentes de mareos, desequilibrio o caídas? ___ No ___ Sí.
(Does your child have a history of dizziness, imbalance, or falling? ___ No ___ Yes.)
11. ¿Le ha hecho un audiólogo alguna vez a su hijo/a una prueba de audición? ___ No ___ Sí. Si es así, ¿cuándo fue la última prueba de audición? _____ ¿Dónde? _____
Resultados: _____
(Has your child's hearing been tested before by an audiologist? No Yes. If yes, when was the last hearing test? Where? Results:)
12. ¿Su hijo/a usa actualmente audífonos? ___ No ___ Sí. Si es así, ¿de qué tipo y cuántos años son los audífonos actuales?

(Does your child currently wear hearing aids? ___ No ___ Yes. If yes, what kind and how old are the current aid(s)?)

VI. Historia académica (Academic History)

Escuela actual: (Current School): Guardería/Guardería (Daycare/Nursery) Preescolar (Preschool) Jardín de infantes (Kindergarten)
 Escuela secundaria (Middle School) Escuela preparatoria (High School)

Nombre de la escuela (Name of School): _____

Rendimiento académico: (Academic Performance)

Por debajo del promedio (Below Average) Promedio (Average) Por encima del promedio (Above Average)

1. ¿Su hijo/a ha repetido de grado o ha repetido otro? ___ No ___ Sí. Si es así, ¿en qué grado? _____
(Has your child been held back or repeated a grade? ___ No ___ Yes. If yes, what grade?)
2. ¿Se le ha realizado a su hijo/a una prueba para abordar dificultades de desarrollo, aprendizaje o habla y lenguaje? ___ No ___ Sí. Si es así, explique los resultados: _____
(Has your child been tested to address developmental, learning, or speech-language difficulties? No Yes. If yes, explain the results:)
3. ¿Recibe su hijo/a algún servicio o modificación/adaptación en la escuela? ___ No ___ Sí. Si es así, explique.
(_____
Does your child receive any services or modifications/accommodations at school? No Yes. If yes, please explain.)
4. ¿Su hijo/a aprende más fácilmente si utiliza un estilo particular de aprendizaje
(Does your child learn easier using a particular style of learning?)

Auditivo (escuchar/oír) (Auditory-Listening/hearing) Visual /Ve (Visual Seeing) Kinestésico (Hacer/prácticamente) Kinesthetic (Doing/hands-on)
Proporcione cualquier información adicional que nos ayude a evaluar a su hijo (Please give any additional information that will help us in evaluating your child): _____

Firma de la persona que completa este formulario
(Signature of person completing this form)

Relación con el niño/a
Relationship to child

Fecha
Date