

Servicios de audiología – información del paciente

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que lleno este formulario: _____ Parentesco al paciente: _____

De antemano le agradecemos esta información.

Si tiene cualquier pregunta o preocupación antes de su visita, por favor no dude en hablarnos.

**Cook Children's
Medical Center
682-885-7660**

**Cook Children's
South Rehab Clinic
682-885-4063**

**Cook Children's
Child Study Center
682-885-2190**

**Cook Children's
Mansfield Rehab
682-885-2200**

**Cook Children's
Northeast Rehab
817-347-2955**

- Sí No ¿Está preocupado sobre la audición de su hijo?
- Sí No ¿Su hijo ha tenido una prueba de audición?
¿Dónde? _____ Resultados: _____
- Sí No ¿Tiene historial de infecciones del oído o liquido detrás del tímpano?
- Sí No ¿Su hijo tuvo una prueba de audición de recién nacido?
Resultados: _____ ¿Dónde nació su hijo? _____
- Sí No ¿Tuvo cualquier dificultad durante o inmediatamente después de nacer?
- Sí No ¿Su hijo estuvo en la unidad de cuidado intensivo neonatal (NICU)?
- Sí No ¿Hay historial en la familia de sordera que comenzó en la niñez?
- Sí No ¿Está preocupado por el habla y lenguaje de su hijo?
- Sí No ¿Su hijo recibe terapia del habla? En donde: _____
- Sí No ¿El niño recibe cualquier otro tipo de terapia?
- Sí No ¿Su hijo tiene alergias a medicamentos/remedios de hiervas/látex/comida?
- Sí No ¿Su hijo toma cualquier medicamento? Anote: _____
- Sí No ¿Hay cambios en el historial médico de su hijo?
- Sí No ¿Cualquier cirugía, hospitalización o procedimientos o diagnósticos médicos nuevos?
- Sí No ¿Su hijo ha sido diagnosticado con cualquier síndrome o enfermedad congénita y/o adquirida? Si sí, por favor explique _____
- Sí No ¿El niño está en la escuela o guardería? ¿Cuál es el nombre de la escuela? _____
- Sí No ¿Su hijo recibe cualquier educación especial o recursos en la escuela?
- Sí No ¿Ha notado algún cambio en el humor o comportamiento de su hijo?
- Sí No ¿Su hijo usa audífonos, implantes cocleares, o Baha?
- Sí No ¿Su hijo usa un sistema FM en la escuela?
- Sí No ¿Su hijo tiene un doctor de los oídos, nariz, garganta (ENT)? ¿Quién?

¿Qué le gustaría aprender de la visita de hoy? _____

Por favor anote costumbres, creencias religiosas o deseos que necesitamos saber: _____

Durante las sesiones le daremos instrucciones para actividades en casa. ¿Tiene una forma preferida de aprender información nueva? _____ Imágenes Escrito Demostración Sin preferencia

CookChildren's