

## División de Otorrinolaringología Pediátrica

**Gurpreet S. Ahuja, MD, FAAP**  
**Nguyen S. Pham, MD**  
**Kevin C. Huoh, MD, FAAP, FACS**  
**Jay M. Bhatt, MD, FAAP**  
**Qiu Zhong, MD**  
**Brooke Su-Velez, MD**  
**Cosette Audirac, PA**

---

### Historial de Audiencia

1. ¿Su hijo/a (el paciente) pasó su examen de audición recién nacido? **(si/no)**
2. ¿Ha visto su hijo/a a un audiólogo? **(si/no)**
  - a. ¿Qué pruebas de audición se realizaron?
  - b. ¿Cuáles fueron los resultados de las pruebas de audición?
  - c. ¿Tiene una copia de los resultados de su examen audiológico? **(si/no)**
3. ¿Ha tenido su hijo/a una tomografía de sus huesos (oidos) temporales? **(si/no)**

---

### Historia Prenatal / Perinatal

1. ¿Recibió la madre atención prenatal durante el embarazo? **(si/no)**
2. ¿Hubo alguna complicación con el parto? **(si/no)**
3. ¿Fue prematuro su hijo/a (nacido/a antes de lo esperado)? **(si/no)** (¿Que tan temprano? \_\_\_\_\_)
4. ¿Su hijo/a tuvo ictericia? **(si/no)**
  - a. ¿Si respondió que si, sabe qué tan alto era el nivel \_\_\_\_\_, y si él / ella requirió alguna transfusión? **(si/no)**
5. ¿Se quedó su hijo/a en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales? **(si/no)**
6. ¿Necesitaba su hijo/a el apoyo de un ventilador para respirar después del nacimiento y por cuánto tiempo? **(si/no**  
**;**\_\_\_\_\_)
7. ¿Sabe si su hijo/a necesitaba antibióticos en el hospital después del parto, y algún medicamento para ayudar a producir la orina? **(si/no)** Si respondió que si, describa \_\_\_\_\_
8. ¿Hubo infecciones prenatales por TORCH (Toxoplasmosis, Rubéola, CMV, Herpes, Sífilis)? **(si/no)**
  - a. Si respondió que si, ¿cual? \_\_\_\_\_

---

### Historial Médico del Paciente

1. ¿Ustedes, como padres, tienen alguna preocupación acerca de la audición de su hijo/a? **(si/no)**
2. ¿Está preocupado por el equilibrio de su hijo/a? **(si/no)**
3. ¿Su hijo/a ha tenido meningitis? **(si/no)**
4. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema cardíaco o anomalías en el ritmo cardíaco? ¿Arritmia o algún problema cardíaco? **(si/no)**
5. ¿Ha tenido su hijo/a algún examen genético? **(si/no)**
  - a. ¿Si respondiste que sí, cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene su hijo/a algún problema renal (riñón)? **(si/no)**
7. ¿Tiene su hijo/a algún problema de visión? **(si/no)**
8. ¿Hay algún historial de lesiones en la cabeza? **(si/no)**
9. ¿Su hijo/a fue admitido en el hospital después del nacimiento **(si/no)**, y recibió antibióticos por vía intravenosa y / o algún medicamento para ayudar a producir la orina? **(si/no)**

**División de Otorrinolaringología Pediátrica**

**Gurpreet S. Ahuja, MD, FAAP**  
**Nguyen S. Pham, MD**  
**Kevin C. Huoh, MD, FAAP, FACS**  
**Jay M. Bhatt, MD, FAAP**  
**Qiu Zhong, MD**  
**Brooke Su-Velez, MD**  
**Cosette Audirac, PA**

---

**Historia familiar**

1. ¿Hay una historia familiar de consanguinidad (están relacionados los padres del niño/a, es decir, hermano y hermana, primos hermanos)? **(si/no)**
2. ¿Hay una historia familiar de pérdida de audición en la familia? **(si/no)**
3. ¿Hay una historia familiar de malformaciones en el oído (oidos con formas anormales)? **(si/no)**
4. ¿Hay una historia familiar de insuficiencia renal / problemas renales? **(si/no)**
5. ¿Hay una historia familiar de pérdida de la visión o ceguera? **(si/no)**
6. ¿Hay una historia familiar de copete/s blanco o de canas en una edad temprana? **(si/no)**
7. ¿Hay una historia familiar de heterocromía (ojos de diferentes colores)? **(si/no)**
8. ¿Hay una historia familiar de retraso en el desarrollo? **(si/no)**
9. ¿Hay una historia familiar de asimetría facial (los dos lados de la cara no son iguales)? **(si/no)**
10. ¿Hay una historia familiar de hoyos de oídos (pequeñas aberturas en frente de / encima de los oídos)? **(si/no)**
11. ¿Hay una historia familiar de labio o paladar hendido? **(si/no)**
12. ¿Hay una historia familiar de muerte súbita o episodios de desmayo? **(si/no)**
13. ¿Hay una historia familiar de problemas de tiroides? **(si/no)**
14. ¿Tienen los padres alguna pérdida auditiva, incluso una pérdida auditiva leve? **(si/no)**

---

Signature

Relationship

Date