



PROGRAMA DE CERNIMIENTO AUDITIVO NEONATAL UNIVERSAL  
DIVISIÓN NIÑOS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES  
DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO



**HOJA DE RESULTADOS DEL CERNIMIENTO AUDITIVO**

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE LA MADRE		INFORMACIÓN DEL INFANTE	
Nombre / Apellidos _____		Nombre / Apellidos _____	
Teléfonos: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____		Sexo: ___ F ___ M	
Últimos 4 dígitos del Seguro Social : _____		Fecha de nacimiento: ____/____/____ Día / Mes / Año	
		Núm. Expediente: _____	
		NICU: ___ Sí ___ No	
RESULTADOS DEL CERNIMIENTO AUDITIVO			
<input type="checkbox"/> INFANTE NO CERNIDO			
<b>OÍDO</b>	<input type="checkbox"/> FASE 1: <input type="checkbox"/> EOA <input type="checkbox"/> ABR	<input type="checkbox"/> FASE 2 <input type="checkbox"/> EOA <input type="checkbox"/> ABR	
Derecho	<input type="checkbox"/> PASÓ <input type="checkbox"/> REFERIR	<input type="checkbox"/> PASÓ <input type="checkbox"/> REFERIR	
Izquierdo	<input type="checkbox"/> PASÓ <input type="checkbox"/> REFERIR	<input type="checkbox"/> PASÓ <input type="checkbox"/> REFERIR	
Fecha de Cernimiento	____/____/____ Día / Mes / Año	____/____/____ Día / Mes / Año	

**PASÓ:** Los resultados indican que el equipo audiológico no detectó algo que sugiera que sea necesario que se le realicen al bebé pruebas audiológicas diagnósticas. Se recomienda una evaluación audiológica una vez al año.

**REFERIR:** Indica que el **bebé necesita ser evaluado por un audiólogo antes de los 3 meses de edad** a través de pruebas audiológicas diagnósticas (timpanometría, emisiones otoacústicas y potenciales auditivos evocados [ABR]).

**NO CERNIDO:** Indica que **el bebé debe de ser evaluado por un audiólogo lo antes posible.**

**AVISO IMPORTANTE:** Si su bebé obtuvo un resultado de "Referir", este documento le permite recibir una evaluación audiológica sin tener que visitar un pediatra siempre y cuando se haga en o antes de los 60 días posterior al cernimiento y establecidos bajo la Ley Núm. 311. Es altamente recomendado que se comunique con el audiólogo lo antes posible dado a que hay otros bebés siendo atendidos o en espera de serlo lo cual podría retrasar el diagnóstico de su bebé. Pasado los 60 días establecidos bajo la ley, este documento no podrá utilizarse como referido y es responsabilidad de los padres o encargado obtener un referido del pediatra.

**Criterios de riesgo que presenta el infante – Favor de marcar todos los que apliquen (Risk factors that present the infant).**

Please, check all that apply):

- Historial familiar con pérdida auditiva permanente (Family history of permanent hearing loss)
- Infante en cuidado intensivo, intermedio u otro cuidado especial por más de 5 días (Infant in NICU, PICU or other special care more than 5 days)
- Oxigenación por membrana extracorporeal (ECMO/ Extracorporeal membrane oxygenation)
- Ventilación asistiva (Assisted Ventilation)
- Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos (Ototoxic medication)
- Hiperbilirrubinemia que requiera cambio de sangre (Hyperbilirubinemia that required blood change)
- Infecciones perinatales-ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes o sífilis (prenatal infections- toxoplasmosis, rubella, herpes or syphilis)
- Anomalía craneofacial (Craniofacial anomalies)
- Síndrome asociado a pérdida auditiva- ej. Waardenburg (Syndrome associated with hearing loss)
- Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer (Culture-positive postnatal infections)
- Trauma en la cabeza (Head trauma)
- Virus Zika (Zika virus)
- Citomegalovirus CMV ( In uterus infection)
- Otros (Others): \_\_\_\_\_

**Recomendaciones (Recommendations):**

- Evaluación audiológica diagnóstica al/los: \_\_\_ 1 mes de edad \_\_\_ 3 meses de edad \_\_\_ 6 meses de edad \_\_\_ 9 meses de edad
- Evaluación audiológica diagnóstica al menos 1 vez al año durante los primeros 3 años de edad del niño/a.

Nombre del Profesional que completa esta hoja: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Name of the professional that completed this form)

Fecha (Date): \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Madre/Padre/Tutor (Parent/Tutor): \_\_\_\_\_

PO Box 70184, San Juan, Puerto Rico 00936-8184  
Tel. (Phone) 787-765-2929 x. 4577/4593/4592  
rev. Ene, 2021