



**DEPARTAMENTO DE SALUD  
HOJA DE INFORME DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA DIAGNÓSTICA**



Nombre del infante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ) Hospital de nacimiento: \_\_\_\_\_  
mm / dd / aaaa

Nombre de la madre y del padre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento madre: ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ) Últimos 4 dígitos seguro social: \_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
mm / dd / aaaa

Historial familiar con pérdida auditiva: \_\_\_No; \_\_\_Sí → \_\_\_Papá, \_\_\_Mamá, \_\_\_Otro familiar, especifique relación con infante: \_\_\_\_\_

**Historial significativo:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NO APLICA  | <input type="checkbox"/> Anomalías craneofaciales  |
| <input type="checkbox"/> Historial familiar con pérdida auditiva permanente                   | <input type="checkbox"/> Síndrome asociado a pérdida auditiva - ej. Waardenburg                    |
| <input type="checkbox"/> Infante en NICU o unidad de cuidado intermedio por más de 5 días     | <input type="checkbox"/> Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer |
| <input type="checkbox"/> ECMO   | <input type="checkbox"/> Trauma en cabeza  |
| <input type="checkbox"/> Ventilación asistida   | <input type="checkbox"/> Virus Zika  |
| <input type="checkbox"/> Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos     | <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV)   |
| <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia que requirió cambio de sangre                    | <input type="checkbox"/> Otro, Especifique: _____  |
| <input type="checkbox"/> Infecciones perinatales- ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes, sífilis |  |

**Resultados de Cernimiento Auditivo (se realiza antes del mes de nacido)**

Fecha del Cernimiento Auditivo: ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ )

Procedimientos realizados: \_\_\_EOA \_\_\_ABR

Oído Derecho: \_\_\_Pasó \_\_\_Referir \_\_\_No cernido

Oído Izquierdo: \_\_\_Pasó \_\_\_Referir \_\_\_No cernido

**Resultados de Evaluación Audiológica Diagnóstica**

Fecha de evaluación diagnóstica inicial: ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ) Esta fecha se refiere a la primera visita del infante a la clínica para evaluación. # récord: \_\_\_\_\_  
mm / dd / aaaa

Fecha de la Evaluación Diagnóstica Completada: ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ) ¿El infante fue sedado durante la evaluación? \_\_\_Sí; \_\_\_No  
mm / dd / aaaa

Pruebas realizadas: (marcar con una x si la prueba fue realizada)

<input type="checkbox"/> Otoscopia	<input type="checkbox"/> Aspecto Neurológico	<input type="checkbox"/> Reflejo Acústico	<input type="checkbox"/> Audiometría
Tipo: ___Tonos Puros; ___VRA; ___BOA; ___Habla; ___Juegos; ___Ganancia Funcional			

¿Se utilizó "Sound field/Aided" en al menos uno de los oídos para la prueba siguiente?

Tonos Puros: \_\_\_Sí; \_\_\_No

VRA: \_\_\_Sí; \_\_\_No

BOA: \_\_\_Sí; \_\_\_No

\_\_\_Timpanometría;

Frecuencia: \_\_\_1000Hz; \_\_\_800Hz; \_\_\_678Hz; \_\_\_226Hz

Oído Derecho: \_\_\_Tipo A; \_\_\_Tipo B; \_\_\_Tipo C; \_\_\_Tipo AS; \_\_\_Tipo AD; \_\_\_No evaluado

Oído Izquierdo: \_\_\_Tipo A; \_\_\_Tipo B; \_\_\_Tipo C; \_\_\_Tipo AS; \_\_\_Tipo AD; \_\_\_No evaluado

\_\_\_EOA

Tipo de prueba: \_\_\_TOAE; \_\_\_DPOAE

Oído Derecho: \_\_\_Emisiones presentes; \_\_\_Emisiones ausentes; \_\_\_Parcialmente Presentes; \_\_\_No evaluado

Oído Izquierdo: \_\_\_Emisiones presentes; \_\_\_Emisiones ausentes; \_\_\_Parcialmente Presentes; \_\_\_No evaluado

\_\_\_ABR Click

Oído Derecho: \_\_\_Dentro de la norma; \_\_\_Fuera de la norma; \_\_\_No evaluado

Oído Izquierdo: \_\_\_Dentro de la norma; \_\_\_Fuera de la norma; \_\_\_No evaluado



# HOJA DE INFORME DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA DIAGNÓSTICA



ABR Tonal →  Aire;  Hueso;

Tipo de prueba:

<b>Aire</b>	<b>Hueso</b>
<b>Oído Derecho:</b> <input type="checkbox"/> Dentro de la norma; <input type="checkbox"/> Fuera de la norma; <input type="checkbox"/> No evaluado	<b>Oído Derecho:</b> <input type="checkbox"/> Dentro de la norma; <input type="checkbox"/> Fuera de la norma; <input type="checkbox"/> No evaluado
<b>Oído Izquierdo:</b> <input type="checkbox"/> Dentro de la norma; <input type="checkbox"/> Fuera de la norma; <input type="checkbox"/> No evaluado	<b>Oído Izquierdo:</b> <input type="checkbox"/> Dentro de la norma; <input type="checkbox"/> Fuera de la norma; <input type="checkbox"/> No evaluado

### Diagnóstico y/o Resumen de los resultados

Oído Derecho:		Oído Izquierdo:	
Resultado	Severidad	Resultado	Severidad
<input type="checkbox"/> Audición normal	<input type="checkbox"/> Normal (-10 - 15 dBHL)	<input type="checkbox"/> Audición normal	<input type="checkbox"/> Normal (-10 - 15 dBHL)
<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva conductiva Temp.	<input type="checkbox"/> Slight (16 - 25 dBHL)	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva conductiva Temp.	<input type="checkbox"/> Slight (16 - 25 dBHL)
<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva conductiva Perm.	<input type="checkbox"/> Mild (26 - 40 dBHL)	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva conductiva Perm.	<input type="checkbox"/> Mild (26 - 40 dBHL)
<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva Sensorineural	<input type="checkbox"/> Moderate (41 - 55 dBHL)	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva Sensorineural	<input type="checkbox"/> Moderate (41 - 55 dBHL)
<input type="checkbox"/> Neuropatía	<input type="checkbox"/> Moderately severe (56 - 70 dBHL)	<input type="checkbox"/> Neuropatía	<input type="checkbox"/> Moderately severe (56 - 70 dBHL)
<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva mixta (SN/conductiva temp.)	<input type="checkbox"/> Severe (71 - 90 dBHL)	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva mixta (SN/conductiva temp.)	<input type="checkbox"/> Severe (71 - 90 dBHL)
<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva mixta (SN/conductiva perm.)	<input type="checkbox"/> Profound (91+ dBHL)	<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva mixta (SN/conductiva perm.)	<input type="checkbox"/> Profound (91+ dBHL)
<input type="checkbox"/> Tipo de pérdida no determinada	<input type="checkbox"/> No determinada	<input type="checkbox"/> Tipo de pérdida no determinada	<input type="checkbox"/> No determinada

La pérdida auditiva del infante es  congénita,  inicio tardío,  desconocido.

### Recomendaciones

<input type="checkbox"/> Evaluación completada para determinar un diagnóstico	<input type="checkbox"/> Evaluación otológica (ENT)
<input type="checkbox"/> No se requiere evaluación adicional	<input type="checkbox"/> Evaluación con Oftalmólogo
<input type="checkbox"/> Regresar para evaluación adicional inmediata en: # _____ semanas;	<input type="checkbox"/> Evaluación con Genetista
<input type="checkbox"/> _____ meses	
<input type="checkbox"/> Monitoreo audiológico para posible pérdida de audición de inicio tardío "late onset"	<input type="checkbox"/> Evaluación Ganancia funcional
<input type="checkbox"/> Paciente con recomendación de audífonos	<input type="checkbox"/> Patólogo Habla y Lenguaje
<input type="checkbox"/> Programa de Intervención Temprana	<input type="checkbox"/> Referido para prueba auditiva a través de sedación
<input type="checkbox"/> Servicios de Apoyo a Padres, Ej: APNI	<input type="checkbox"/> Centro de Servicios Craneofacial

Audiólogo/a: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lic. Prof. # \_\_\_\_\_