

Formulario de Resumen Inicial: Investigación de Preocupaciones Sobre Visión/Audición

Nombre del Niño(a) _____

Fecha de nacimiento: _____

Padre/Cuidador(a): _____

Teléfono: _____

Educador de Padres: _____

Médico de Atención Primaria: _____

I. ENTREVISTA CON PADRE/CUIDADOR(A)

A. Actualmente, el padre/cuidador tiene preocupaciones sobre la visión y/o audición del niño(a): No Sí

Si responde que sí, la preocupación está relacionada con lo siguiente del niño(a):

Visión Audición Habla/Lenguaje (excluye la pérdida de audición)

B. Describa las preocupaciones con respecto del desarrollo de habilidad del niño(a) al ver o oír:

II. REPASO DE HISTORIA MEDICA DE FAMILIA

(anote cualquier factor de alto riesgo)

A. Historia de Familia

B. Historia Prenatal

C. Historia Perinatal

D. Historia Posnatal

III. OBSERVACIONES

(anote cualquier señal de alto riesgo observada)

Resultados de Examen de Audición de Recién Nacido (si es aplicable):

Aprobado Reexaminar Referir

Resultados de Fotoexamen de la Visión (si es aplicable):

Aprobado Referir para evaluación adicional

RESUMEN:

No tenemos preocupaciones con respecto a la visión o la audición del niño(a) en este tiempo, basado en la entrevista con los padres, la historia médica/familiar del niño(a), y nuestras observaciones colectivas.

Hemos identificado los factores/señales/observaciones de alto riesgo, según notados arriba, para:

Visión Audición Nota: Estas preocupaciones y un plan de continuación serán tratados en el Acuerdo de la Sociedad Familiar. La acción tomada y los resultados serán discutidos en el repaso de seis meses.

Opción Recomendada para Continuación:

Referir para otra evaluación por un oftalmólogo pediátrico o audiólogo pediátrico, después de la aprobación del Médico de Atención Primaria.

[Padre/Cuidador(a)]

[Fecha]

[Especialista Infantil o

[Fecha]