



Resultados de la prueba de audición y recomendaciones

La identificación temprana de la pérdida de audición es crítica para el desarrollo de un niño.

Nombre: _____
(Puede usarse la etiqueta de admisión del Hospital)

Fecha: _____

Resultados de la prueba de audición: Pasó No pasó

*Estos resultados son sólo para una prueba y no se deben considerar como un diagnóstico permanente.
Todos los resultados están sujetos a la revisión de un audiólogo autorizado con licencia.*

Factores de riesgo para la pérdida auditiva: NINGUNO

Los resultados mostraron que su niño tiene uno o varios de los factores de riesgo señalados a continuación. Estos factores pueden conllevar a la pérdida auditiva en el futuro.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Peso al nacer menos de 3 lb 5oz (1500 gramos) | <input type="checkbox"/> Historia familiar de pérdida auditiva durante la niñez:
(por favor especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica durante cinco días o más | <input type="checkbox"/> Síndromes asociados a la pérdida auditiva:
(por favor especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Múltiples dosis de fármacos ototóxicos | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre por ictericia e hiperbilirrubinemia |
| <input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana | <input type="checkbox"/> Infección congénita (por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Acrocordón(es) o derecha o izquierda | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis o Citomegalovirus (CMV) o Sífilis o ECMO |
| <input type="checkbox"/> Fístula(s) preauricular o derecha o izquierda | <input type="checkbox"/> Herpes o Rubeola o VIH o Zika |
| <input type="checkbox"/> Labio leporino | <input type="checkbox"/> Más de cinco días en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
(NICU, por sus siglas en inglés) |
| <input type="checkbox"/> Paladar hendido | |
| <input type="checkbox"/> Otro: (por favor especifique) _____ | |

Recomendaciones audiológicas:

Dada de alta:

Screening results were a **PASS**. No further hearing tests are needed at this time. Watch how your baby communicates and learns. If you are worried about your child's hearing or speech, talk with their doctor. A full hearing testing with a pediatric audiologist (hearing specialist) may be needed.

Supervisión de la audición:

Los resultados de la prueba fueron que **PASÓ**. Sin embargo, como consecuencia de un factor de riesgo (vea arriba), su bebé corre el riesgo de desarrollar, pérdida auditiva en el futuro. Se recomienda realizar pruebas de audición regularmente a partir de los 6 meses de edad. Si su bebé fue prematuro, se recomienda realizarle regularmente pruebas auditivas cuando alcance la edad corregida* la cual es a los 6 meses.

* la edad corregida es la edad cronológica del bebé (o actual) menos el número de semanas que nació prematuramente.

Hacer la prueba nuevamente:

Los resultados de la prueba fueron que **NO PASÓ**. Es necesario repetir la prueba de audición de su bebé. Se ha programado la nueva prueba para el:

Para cambiar esta cita, llame al:

Prueba de audición complete:

Los resultados de la prueba fueron que **NO PASÓ**. Es necesario realizar una prueba diagnóstica (ABR, Respuesta Auditiva Provocada del Tronco Encefálico).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Audiología de
Hasbro Children's Hospital/
Rhode Island Hospital*
Tel: 401-444-5485 | <input type="checkbox"/> Audiología de
Women & Infants Hospital
Tel: 401-453-7751 |
|--|---|

*Remisión requerida.

*Si tiene preguntas sobre la prueba de audición, por favor llame al:
Rhode Island Detección e intervención temprana de la audición (RIEHDI) al 401-222-5960*