

Historia Pediatrica del Nino

NOMBRE: _____ RECOMENDADO POR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

Si **NO**

 Esta usted mortificada, o preocupada porque piensa que su nino no oye? Y si, de que manera: _____

 Su nino/nina nunca paso una preva de oir en la escuela? Y si, cuando: _____

 Tuvo usted problemas durante o despues del embarazo?
Tuvo un parto normal?

 Ha tenido el nino infecciones de los oidos? Cuando fue la ultima ves?

 Su nino/nina nunca le an puesto tubos en los tympanos?

 A estado su nino/nina alguna ves en el hospital?
Y si, explica. _____

 Hay alguien en su familia que tiene un problema de audicion?
Quien es y de cuantos anos? _____

Su nino paso la preva de oir cuando nacio?

****PARA NINOS MENOS DE CINCO ANOS:****

Cuantos palabras el nino uso? _____

Cuantos palabras el nino usa en un frase? _____

Que por ciento de las palabras del nino usted entienden?

Menos de 20% ___ 20-50% ___ 50-70% ___ 70-90% ___ todos ___

Que por ciento de las palabras del nino otras personas entienden?

Menos de 20% ___ 20-50% ___ 50-70% ___ 70-90% ___ todos ___

Su nino a tenido una prueba de lenguaje? _____

Firma _____ **Relacion del nino:** _____

