

Formulario de Evaluación OAE – Protocolo de dos etapas

Identificación del Centro _____ Nombre del niño _____

Datos sobre el niño

de identificación _____ Fecha de nac: (___/___/___)

Indique si es evaluación inicial, reevaluación periódica,
o reevaluación de seguimiento y proporcione los datos correspondientes:

Sexo: Masc. Fem.

Eval. inicial – se hizo evaluación al nacer? no se sabe no se evaluó pasó remitido

Reevaluación de seguimiento – hecha después de ser remitido para seguimiento médico o audiológico

Reevaluación periódica – Anual semianual otro _____

Datos sobre la evaluación audiológica

Evaluador:
Nombre: _____
Puesto: _____

Lugar:
 hogar guardería infantil
 centro Head Start otro: _____
 programa Part C

Oído IZQUIERDO

1 Inspección visual

Remisión — Fecha (___/___/___)

Pasó

<p>2 1er OAE Fecha (___/___/___) <input type="checkbox"/> No podía <input type="checkbox"/> Remisión <input type="checkbox"/> Pasó</p>	<p>2do OAE Fecha (___/___/___) <input type="checkbox"/> No podía <input type="checkbox"/> Remi. <input type="checkbox"/> Pasó</p>
---	--

Notas: _____

Seguimiento

Médico —
(___/___/___)
Fecha plazo

Vuelva a evaluar después de tratamiento médico y anote los resultados en otro formulario de evaluación

Audiológico —
(___/___/___)
Fecha plazo

Si el niño tiene una falta de audición permanente, remita a Early Intervention.

(remisión directa)

Si no pasa segunda evaluación OAE después de tratamiento

Oído DERECHO

1 Inspección visual

Remisión — Fecha (___/___/___)

Pasó

<p>2 1er OAE Fecha (___/___/___) <input type="checkbox"/> No podía <input type="checkbox"/> Remisión <input type="checkbox"/> Pasó</p>	<p>2do OAE Fecha (___/___/___) <input type="checkbox"/> No podía <input type="checkbox"/> Remi. <input type="checkbox"/> Pasó</p>
---	--

Notas: _____

Seguimiento

Médico —
(___/___/___)
Fecha plazo

Vuelva a evaluar después de tratamiento médico y anote los resultados en otro formulario de evaluación

Audiológico —
(___/___/___)
Fecha plazo

Si el niño tiene una falta de audición permanente, remita a Early Intervention.

(remisión directa)

Si no pasa segunda evaluación OAE después de tratamiento

Tiempo

Tiempo requerido con el niño para completar la evaluación, aproximadamente (en minutos):

1er OAE _____ 2do OAE _____