

# Formulario de seguimiento al diagnóstico

# IDENT. CENTRO \_\_\_\_\_ # IDENT. NIÑO \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_

## LLÉNESE ÚNICAMENTE DURANTE UN EXAMEN MÉDICO

Fecha: (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)  Médico Persona que realiza el examen: \_\_\_\_\_

Estudio realizado: \_\_\_\_\_

Otoscopia  Otoscopia neumática  Timpanometría  Otro \_\_\_\_\_

Diagnóstico:  Resultado normal  Cerumen  Enfermedad del oído medio (explique): \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Seguimiento que se recomienda y plazo para su cumplimiento: (señale todo lo que se aplique)

Ninguno

Reevaluación de audición (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Estudio audiológico (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Otra evaluación médica (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Remisión a intervención temprana (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Tratamiento médico (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Otra \_\_\_\_\_ (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

(Explique): \_\_\_\_\_

## LLÉNESE ÚNICAMENTE DURANTE UN ESTUDIO AUDIOLÓGICO

Fecha: \_\_\_\_\_ Persona que realiza el estudio: \_\_\_\_\_

Estudios audiológicos realizados:  ABR  Conductual  Otro \_\_\_\_\_

Condición auditiva:  No confirmada  Audición normal, sin falta de audición  Falta de audición (Indique el tipo y severidad a continuación)

**Tipo** Oído izquierdo: conductiva fluctuante / conductiva permanente / neurosensorial / mixta / normal

Oído derecho: conductiva fluctuante / conductiva permanente / neurosensorial / mixta / normal

**Severidad** Oído izquierdo: leve / moderada / grave / profunda / normal

Oído derecho: leve / moderada / grave / profunda / normal

Seguimiento que se recomienda y plazo para su cumplimiento: (señale todo lo que se aplique)

Ninguno

Otro estudio audiológico (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Reevaluación de audición (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

ABR  Conductual

Otra evaluación médica (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Remisión a intervención temprana (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Otra \_\_\_\_\_ (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Notas: \_\_\_\_\_

### Al audiólogo o médico:

A. Llène este formulario y envíe todas las copias a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

B. Informe al coordinador de detección de los resultados:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**El formulario debe enviarse tan pronto concluya la evaluación inicial, y en ningún caso más de 4 semanas después de la fecha de remisión.**