

Formulario de control postdiagnóstico (remisión del examen OAE)

Nombre del niño _____



Consulta oído medio (Realizada por lo general por un profesional de la salud)

Fecha: (___/___/___) Médico Persona que realiza el examen: _____

Estudio realizado:

Otoscopia Otoscopia neumática Timpanometría Otro _____

Diagnóstico & tratamiento:

Oído **I** **D**

- Normal (no se detectaron problemas)
- Extracción cerumen
- Destape de tubo de equalización
- Enfermedad del oído medio (explique):

- Otra: _____

Recomendación (es) y fecha para completar (las):

(seleccione toda que aplique)

- Ninguno
- Repita tamizaje auditivo (___/___/___)
- Evaluación auditiva (___/___/___)
- Evaluación médica adicional (___/___/___)
- Remisión a intervención temprana (___/___/___)
- Tratamiento médico (___/___/___)
- Otra _____ (___/___/___)

Cuando se de autorización médica (oído externo e interno libres de problemas)

Resultado oído interno



OAE Control
(por programa)

Oído **I** **D** (___/___/___)

- No se pudo
- Remisión
-
- Pasó



Evaluación audiológica (realizada por un audiólogo pediatra)

Fecha: (___/___/___) Persona que realiza el estudio: _____

Servicios audiológicos realizados: ABR Conductual Otro _____

Resultados: (seleccione una casilla en Tipo y Grado para cada oído)

Oído I D	<u>Tipo de pérdida</u>	Oído I D	<u>Grado de pérdida</u>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pérdida permanente (neurosensorial, conductiva, mixta)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Leve
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pérdida temporal (conductiva fluctuante)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Moderada
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Normal-no pérdida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Severa
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Profunda
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Normal-no pérdida

Recomendación (es) y fecha para completar (las): (seleccione toda que aplique)

- Ninguna
- Repita tamizaje auditivo (___/___/___)
- Evaluación médica adicional (___/___/___)
- ABR Conductual
- Remisión a intervención temprana (___/___/___)
- Otra _____ (___/___/___)

**Ambos oídos
pasaron tamizaje
Concluido**

Por favor complete lo más pronto posible y envíe este formulario a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Cargo: _____
