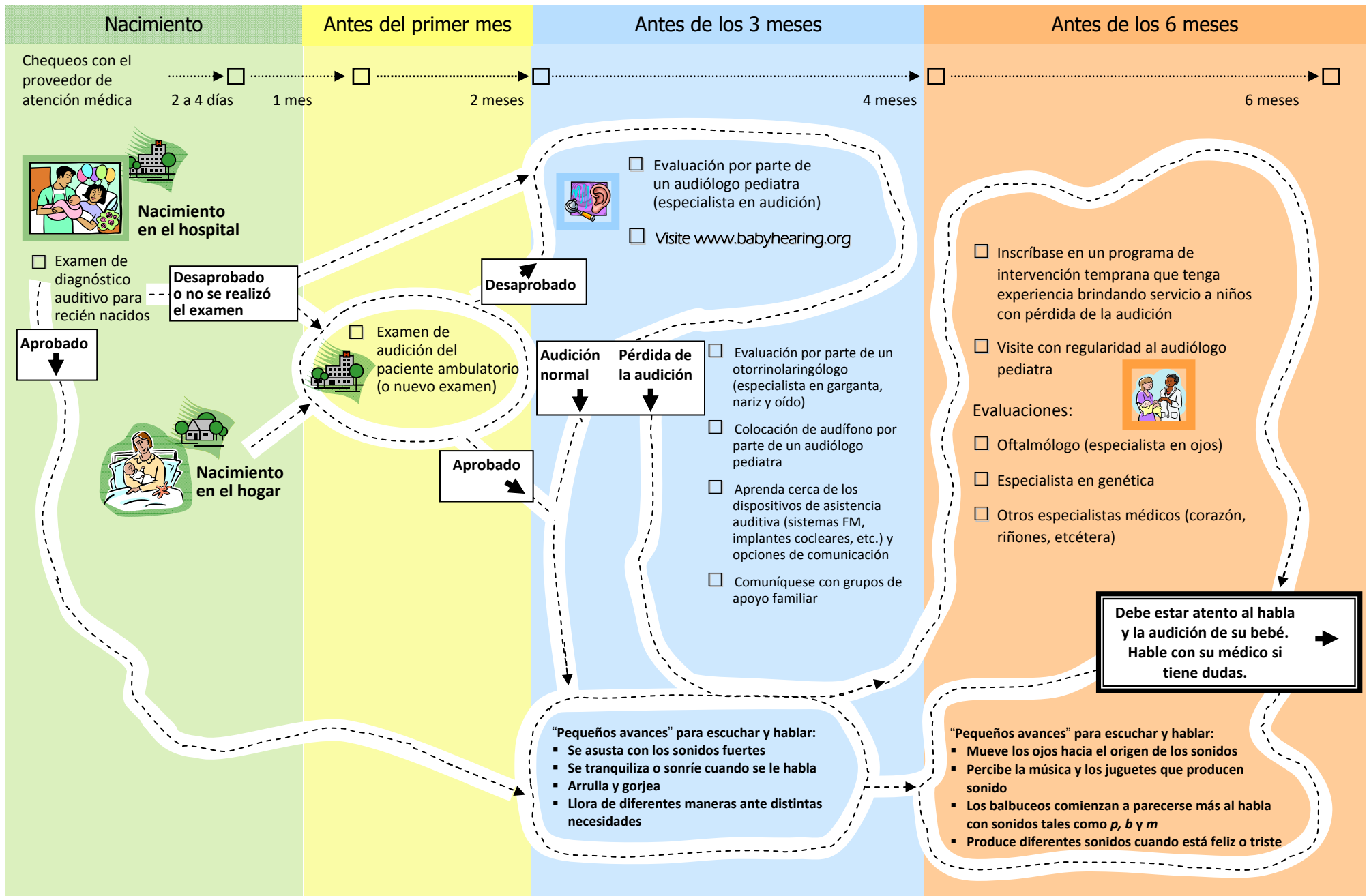


Evaluación, diagnóstico e intervención universal de la audición de recién nacidos

Información acerca de la pérdida de audición -- una guía para las familias.



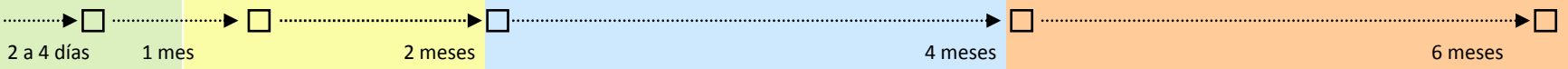
Nacimiento

Antes del primer mes

Antes de los 3 meses

Antes de los 6 meses

Chequeos con el proveedor de atención médica



Examen de diagnóstico auditivo para recién nacidos

Desaprobado o no se realizó el examen

Aprobado



Examen de audición del paciente ambulatorio (o nuevo examen)

Desaprobado

Audición normal **Pérdida de la audición**

Aprobado

- Evaluación por parte de un audiólogo pediatra (especialista en audición)
- Visite www.babyhearing.org

- Evaluación por parte de un otorrinolaringólogo (especialista en garganta, nariz y oído)
- Colocación de audífono por parte de un audiólogo pediatra
- Aprenda acerca de los dispositivos de asistencia auditiva (sistemas FM, implantes cocleares, etc.) y opciones de comunicación
- Comuníquese con grupos de apoyo familiar

- Inscribáse en un programa de intervención temprana que tenga experiencia brindando servicio a niños con pérdida de la audición

- Visite con regularidad al audiólogo pediatra



Evaluaciones:

- Oftalmólogo (especialista en ojos)
- Especialista en genética
- Otros especialistas médicos (corazón, riñones, etcétera)

"Pequeños avances" para escuchar y hablar:

- Se asusta con los sonidos fuertes
- Se tranquiliza o sonrío cuando se le habla
- Arrulla y gorjea
- Llora de diferentes maneras ante distintas necesidades

"Pequeños avances" para escuchar y hablar:

- Mueve los ojos hacia el origen de los sonidos
- Percibe la música y los juguetes que producen sonido
- Los balbuceos comienzan a parecerse más al habla con sonidos tales como *p*, *b* y *m*
- Produce diferentes sonidos cuando está feliz o triste

Debe estar atento al habla y la audición de su bebé. Hable con su médico si tiene dudas.

Estudio, diagnóstico e intervención universal de la audición de recién nacidos

Información acerca de la pérdida de audición -- una lista de chequeos para la familia

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: __/__/__

Nacimiento	Antes del primer mes	Antes de los 3 meses	Antes de los 6 meses																				
<p>Chequeos con el Proveedor de atención médica</p> <p><input type="checkbox"/> 2 a 4 días</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 4 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Nacimiento en el hospital: Examen de diagnóstico auditivo para recién nacidos Fecha: __/__/__</p> <p>Resultados del estudio</p> <table border="0"> <tr> <td>Oído izquierdo</td> <td>Oído derecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desaprobado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aprobado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No se realizó el examen (se omitió)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Asegúrese de que su médico reciba los resultados. Si su bebé no aprobó el estudio en ambos oídos, o no lo examinaron, programe un estudio para paciente ambulatorio [o una evaluación por parte de un audiólogo pediatra (especialista en audición)].</p> <p><input type="checkbox"/> Nacimiento en el hogar: Información de contacto: _____ para programar un estudio de la audición</p>	Oído izquierdo	Oído derecho	<input type="checkbox"/> Desaprobado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No se realizó el examen (se omitió)	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> Examen de audición del paciente ambulatorio (o nuevo examen) Lugar: _____ Fecha: __/__/__</p> <p>Resultados del estudio</p> <table border="0"> <tr> <td>Oído izquierdo</td> <td>Oído derecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desaprobado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aprobado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Asegúrese de que su médico reciba los resultados. Si su bebé no aprueba el estudio en ambos oídos, solicite una cita con un audiólogo pediatra (especialista en audición).</p>	Oído izquierdo	Oído derecho	<input type="checkbox"/> Desaprobado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> Evaluación por parte de un audiólogo pediatra^{1,2} (especialista en audición) con experiencia Estudios en niños de 0 a 2 años de edad. (Probablemente, se deba sedar a los bebés de más de cuatro meses de edad). Asegúrese de que su médico reciba los resultados. Lugar: _____ Fecha: __/__/__</p> <p>Resultados de la prueba</p> <table border="0"> <tr> <td>Oído izquierdo</td> <td>Oído derecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Audición normal</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aprobado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Visite www.babyhearing.org</p> <p>Si un bebé tiene una <u>PÉRDIDA DE AUDICIÓN</u>, debe hacer lo siguiente:</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluación por parte de un otorrinolaringólogo¹ (especialista en garganta, nariz y oído) Lugar: _____ Fecha: __/__/__</p> <p><input type="checkbox"/> Colocación de un audífono y control por parte de un audiólogo pediatra, si fuera necesario, incluso información sobre audífonos de préstamo</p> <p><input type="checkbox"/> Aprenda acerca de los dispositivos de asistencia auditiva (sistemas FM, implantes cocleares, etc.) y opciones de comunicación</p> <p><input type="checkbox"/> Comuníquese con grupos de apoyo familiar</p>	Oído izquierdo	Oído derecho	<input type="checkbox"/> Audición normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> Inscríbase en un programa de intervención temprana que tenga experiencia brindando servicio a niños con pérdida de la audición Lugar: _____ Fecha: __/__/__</p> <p><input type="checkbox"/> Visite con regularidad al audiólogo pediatra.</p> <p>Evaluaciones:</p> <p><input type="checkbox"/> Oftalmólogo¹ (especialista en ojos) todos los años. Lugar: _____ Fecha: __/__/__</p> <p><input type="checkbox"/> Especialista en genética¹ Lugar: _____ Fecha: __/__/__</p> <p><input type="checkbox"/> Otros especialistas médicos¹ (corazón, desarrollo, riñones, etc.) según sea necesario. Lugar: _____ Fecha: __/__/__</p>
Oído izquierdo	Oído derecho																						
<input type="checkbox"/> Desaprobado	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> No se realizó el examen (se omitió)	<input type="checkbox"/>																						
Oído izquierdo	Oído derecho																						
<input type="checkbox"/> Desaprobado	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/>																						
Oído izquierdo	Oído derecho																						
<input type="checkbox"/> Audición normal	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/>																						
<p>Información de contacto del proveedor del servicio:</p> <p>Proveedor de atención médica:</p> <p>Audiólogo pediatra:</p> <p>Proveedor de intervención temprana:</p> <p>Grupo de apoyo familiar:</p> <p>Otro:</p>			<p>¹Generalmente, necesitará una derivación de su médico para consultar a estos especialistas</p> <p>²Es probable que muchos servicios estén disponibles sin cargo, comuníquese con el coordinador del programa de Detección e Intervención Temprana de la Audición (EHDI) de su estado 1-866-HEAR (4327) o visite www.hearandnow.org</p>																				