

# Historial auditivo del niño y la familia y \*Cuestionario de evaluación de riesgos de JCIH

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/cuidador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\* Preguntas de evaluación de riesgos de la JCIH para la visita inicial para todos los niños menores de 3 años.

Historial de audición del niño y la familia (Marque con un círculo Sí o No según aplique al niño o miembro de la familia)	SÍ	NO
¿Se le ha dicho a la madre biológica, al padre o a los hermanos del niño que tenían pérdida auditiva permanente en la infancia? *	SÍ	NO
Después del nacimiento, ¿estuvo su hijo en cuidados intensivos más de 5 días? *	SÍ	NO
¿Su hijo tuvo ictericia que requirió una transfusión de sangre después del nacimiento? *	SÍ	NO
¿Se le dijo a usted que a su hijo le suministraron medicamentos después del nacimiento que podrían dañar su audición? *	SÍ	NO
¿Le dijeron que su hijo tenía encefalopatía después del nacimiento debido a los bajos niveles de oxígeno? *	SÍ	NO
¿Su hijo estaba conectado a un ventilador especial llamado ECMO después del nacimiento? *	SÍ	NO
¿Tuvo la madre biológica una infección durante el embarazo: virus zika, citomegalovirus (CMV), varicela, herpes, rubéola, sífilis o toxoplasmosis? *	SÍ	NO
Su hijo tiene: Anomalías craneofaciales o de los huesos temporales, si es así, ¿cuáles son? *	SÍ	NO
¿Su hijo tiene microcefalia congénita, hidrocefalia congénita o adquirida? *	SÍ	NO
¿Le han dicho que su hijo tiene un síndrome que posiblemente podría causar pérdida de audición? *	SÍ	NO

\*Evaluación de riesgos e historial reciente de JCIH: revisiones de los padres/cuidadores en cada visita y apuntes de cambios:

Historial posnatal del niño (Marque con un círculo Sí o No según corresponda a su hijo)	SÍ	NO
¿Su hijo ha tenido una enfermedad como meningitis o encefalitis? *	SÍ	NO
¿Su hijo ha tenido traumatismo craneoencefálico, conmoción cerebral, fractura de cráneo o quimioterapia? *	SÍ	NO
¿Le preocupan los oídos/audición, el habla, el lenguaje o el desarrollo de su hijo? *	SÍ	NO
¿Su hijo tiene antecedentes de muchas infecciones de oído y/o tubos?	SÍ	NO

Revisiones de padres/cuidadores en cada visita y cambios de notas:

Observaciones de los padres/cuidadores (Marque con un círculo Sí o No según corresponda a su hijo)	SÍ	NO
¿Has visto a tu hijo...		
...Tirando de las oreja(s)?	SÍ	NO
...quejas de dolor, llenura, ruido en los oídos, drenaje en el oído, no puede oír?	SÍ	NO
...no presta atención a la conversación o ... pide que se repitan las cosas?	SÍ	NO
...observa los labios del orador o gira el lado de la cabeza hacia el altavoz?	SÍ	NO
...muestra tensión al escuchar? ...Habla demasiado alto o demasiado bajo? ...O tiene un problema del habla?	SÍ	NO
...comete errores frecuentes al seguir instrucciones? ¿Tiende a ser pasivo?	SÍ	NO

\*Comité conjunto sobre factores de riesgo de audición infantil (JCIH), 2019: Cualquier niño con un factor de riesgo que no haya sido examinado por un audiólogo debe ser referido a uno.

CHILD AND FAMILY HEARING HISTORY AND \*JCIH RISK ASSESSMENT  
QUESTIONNAIRE

**Remisión para una evaluación audiológica:**

- Cualquier preocupación de los padres recientemente identificada
- Cualquier niño con un factor de riesgo que no haya sido examinado previamente por un audiólogo

**Referir:** Cualquier queja o inquietud debe remitirse a su proveedor de atención primaria para determinar los tratamientos o referencias apropiados.

**Pasar:** El niño no tiene factores de riesgo para la pérdida auditiva y no necesita una remisión

Minnesota Department of Health  
Child and Teen Checkups  
651-201-3650  
[health.childteencheckups@state.mn.us](mailto:health.childteencheckups@state.mn.us)  
[www.health.state.mn.us](http://www.health.state.mn.us)

12/2023

*Para obtener esta información en un formato diferente, llame al: 651-201-3650.*