

Hearing Health History

For use with KBH screens for children 5 years of age and older.

Children who have had multiple ear infections and periods of hearing loss are more likely to have language, vocabulary, and listening difficulties. Some history is beneficial for a more complete evaluation. Parent(s) or guardian(s), please provide the following information.

Child's name: _____ Birthdate: _____

Primary care physician: _____

	Yes	No
1. Did your child have any ear problems* before the age of 1?	_____	_____
2. Has your child ever had a draining ear?	_____	_____
3. Approximately how many ear problems has your child had in his/her life? 0-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 10 or more <input type="checkbox"/>	_____	_____
4. Does your child tend to have 4 or more ear problems each year?	_____	_____
5. Has your child had an ear problem in the last 6 months?	_____	_____
6. Has your child ever had an ear problem that lasted 3 months or longer?	_____	_____
7. Has anyone related to the child had many ear problems?	_____	_____
8. Has your child ever been seen by an ear specialist? If yes, what doctor? _____ Month/year of last visit? _____	_____	_____
9. Has your child ever had tubes placed in his/her eardrum? If yes, how many times? _____ At what age(s)? _____ Which ear? _____	_____	_____
10. Are you concerned about your child's hearing?	_____	_____
11. Please mark all that apply to your child: chicken pox <input type="checkbox"/> head injury <input type="checkbox"/> meningitis <input type="checkbox"/> episode of high fever <input type="checkbox"/> other serious health condition such as cancer <input type="checkbox"/> Please describe the condition: _____ _____		

* Ear problem = ear infection, earaches, draining from ears, medicine taken for ears, fluid behind the eardrum, hole in eardrum, etc.

REFERRAL IS REQUIRED IF A CHILD ANSWERS YES TO ANY ONE INDICATOR ON AN INITIAL HEARING PAPER SCREEN.

Screener: _____ Date: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.

HISTORIAL DE SALUD DE AUDICIÓN

Para uso de Chequeos KBH para niños de cinco años.

Los niños que han tenido muchas infecciones del oído y periodos de sordera son mas probables a tener dificultades de lenguaje, vocabulario, y para escuchar. Cierta historia es beneficiosa para una evaluación más completa.

Padres o guardián(es), por favor contesten las siguientes preguntas:

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Doctor primario: _____

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Su niño(a) tuvo problemas* del oído antes de la edad de 1 año? | SI | NO |
| 2. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido liquido en el oído? | SI | NO |
| 3. ¿Aproximadamente cuantos problemas de oído ha tenido su niño(a) en su vida?
0-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 10 o más <input type="checkbox"/> | | |
| 4. ¿Su niño(a) suele tener 4 o más problemas de oído al año? | SI | NO |
| 5. ¿Su niño(a) ha tenido un problema del oído durante los últimos 6 meses? | SI | NO |
| 6. ¿Su niño(a) ha tenido un problema del oído que duro 3 meses o más? | SI | NO |
| 7. ¿Alguna persona relacionada al niño(a) ha tenido muchos problemas del oído? | SI | NO |
| 8. ¿Alguna vez a visto un especialista a su niño(a)?
¿Si sí, que doctor? _____
¿Mes/Año de la última visita? _____ | SI | NO |
| 9. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido tubos colocados en el tímpano?
¿Si sí, cuántas veces? _____
¿En/A qué edad(es)? _____
¿Cuál oído? _____ | SI | NO |
| 10. ¿Le preocupa la audiciencia de su niño(a)? | SI | NO |
| 11. Por favor marque todos que apliquen a su niño(a): | SI | NO |

Viruela lesión en la cabeza meningitis episodio de fiebre muy alta
Otras condiciones serias como cáncer
Por favor describa la condición

*Problema del oído = infección del oído, dolor de oídos, medicina que se tomó para los oídos, líquido detrás del tímpano, agujero en el tímpano, etc.

REFERENCIA ES NECESARIA SI UN NIÑO RESPONDE DI A CUALQUIER UN INDICADOR EN UNA PANTALLA DE PAPEL DE LA AUDIENCIA INICIAL.

Screener: _____ Date: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.