



The Children's Cochlear Implant Center at UNC
5501 Fortunes Ridge Drive, Suite A



Durham, NC 27713
(919) 419-1428 – teléfono
(919) 419-1399 – fax

DEPARTMENT OF OTOLARYNGOLOGY/
HEAD & NECK SURGERY

FORMULARIO PARA NUEVO PACIENTE

Favor de completar este formulario tan detalladamente como pueda.

Datos demográficos

Nombre del niño: _____ Fecha de hoy: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo M F Edad: _____ Grado (si tiene edad escolar) _____
Núm. de expediente médico de UNC del niño: _____
Nombre de la madre: _____
Fecha de nacimiento de la madre: _____ TEL. de la madre durante el día: _____
CORREO ELECTRÓNICO de la madre: _____
 Algo de secundaria Secundaria Algo de universidad
Nivel de educación de la madre: Completó la universidad Estudios de posgrado /Título universitario
Nombre del padre: _____
FECHA DE NACIMIENTO del padre: _____ TEL. del padre durante el día: _____
CORREO ELECTRÓNICO del padre: _____
 Algo de secundaria Secundaria Algo de universidad
Nivel educativo del padre: Completó la universidad Estudios de posgrado Título universitario
¿Con quién vive el niño? _____
Domicilio: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Idioma principal que se habla en casa: _____
Hermanos(as) (nombres y edades): _____

Antecedentes de la pérdida de audición

¿Pasó su niño la prueba de audición del recién nacido? Sí No
Si no nació con pérdida de audición, ¿cuándo fue que su niño perdió la audición? _____
Edad del 1^{er} diagnóstico de pérdida de audición: _____ Edad de la 1^a colocación de audífonos: _____
La pérdida de audición es: Progresiva Estable Fluctuante
Etiología (causa): _____
Grado de pérdida de audición en el oído izquierdo: Leve Moderada Grave Profunda
Grado de pérdida de audición en el oído derecho: Leve Moderada Grave Profunda
Audición de los padres en la infancia (marque uno):
 Ni el padre ni la madre tienen pérdida de audición Ambos padres tienen pérdida de audición
 La madre tiene pérdida de audición El padre tiene pérdida de audición

¿Con qué frecuencia el niño lleva puestos los audífonos o el implante coclear?

Si en la actualidad su niño tiene un implante coclear, por favor complete lo siguiente:

Oído izquierdo

Oído derecho

Aparato: _____

Fecha de la cirugía: _____

Cirujano y clínica: _____

Audiólogo más reciente: _____

Antecedentes de la comunicación

¿Está el niño actualmente recibiendo terapia del habla? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿con que frecuencia recibe terapia? _____

¿Hay algún antecedente de problemas del habla/lenguaje en la familia? Sí No

Modo de comunicación actual: TC Señas Gestos Comunicación hablada

Cuántas palabras el niño... habla: _____ hace señas: _____

¿Cuántas palabras entiende el niño? habladas _____ por señas: _____

¿Cómo se comunica el niño con usted? (cómo le dice el niño si quiere o necesita algo, etc.)

Antecedentes médicos

¿Cuánto duró el embarazo? _____

Después de nacido, ¿su niño:

permaneció en la unidad de cuidado intensivo neonatal? sí no

le dieron oxígeno? sí no

le dieron antibióticos por vía intravenosa? sí no

tuvo la bilirrubina alta? sí no

Otros antecedentes

médicos/hospitalizaciones: _____

¿Le han diagnosticado a su niño otra discapacidad aparte de la pérdida de audición? sí no

Si respondió sí, ¿cuál? _____

¿Está al día con las vacunas? sí no

Por favor, marque si su niño ha tenido algo de lo siguiente:

Problemas de la vista

Fiebre alta

Convulsiones

Cirugía

Resfriados frecuentes

Infecciones de oído

Tubos en los oídos

Sarampión

Sonda de alimentación

Meningitis

Encefalitis

Otro

¿Hay alguna otra cosa que desea decirnos? sí no

Nivel de ingreso familiar

Menos de \$25,000

\$25,000-\$49,999

\$50,000 - \$74,999

\$75,000-\$99,999

\$100,000+

No desea proporcionarlo

Cobertura del seguro y facturación

Nombre de la compañía: _____

Número de póliza: _____

Fecha de entrada en vigor: _____ Copago: _____

Nombre del titular del seguro: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del titular _____

Objetivos de la familia

Por favor complete las siguientes declaraciones abiertas para que podamos ayudar mejor a su familia.

Espero que...

Estoy preocupado acerca de...

Estoy feliz porque...

Necesito ayuda con...

Quiero hablar acerca de...

Quiero aprender más acerca...

Mi niño es/está...

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 06/17/16



The Children's Cochlear Implant Center at UNC

¿Quién forma parte del equipo de su niño?
Ayúdenos a estar al día rellenoando el formulario a continuación.

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombres de los padres: _____

Sistema escolar

Pediatra

Condado: _____

Nombre: _____

Escuela: _____

Nombre de la práctica: _____

Maestro del aula: _____

Audiólogo escolar:

Coordinador de CDSA (si es menor de 3 años)

Nombre: _____

Nombre: _____

Otro audiólogo:

Representante de Beginnings:

Nombre: _____

Nombre: _____

Patólogo del habla-lenguaje (escuela)

Intervención temprana (si es menor de 3 años)

Nombre: _____

Nombre: _____

Patólogos del habla-lenguaje (privado)

Facilitador del lenguaje

Nombre: _____

Nombre: _____

Maestro para niños con pérdida de audición:

Intérprete:

Nombre: _____

Nombre: _____

Otras personas que trabajan con su niño

Especialidad: _____

Nombre: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____

Especialidad: _____

Nombre: _____