

ESCUELAS PÚBLICAS DE ALBUQUERQUE  
EDUCACIÓN ESPECIAL  
AUDIOLOGÍA  
FORMULARIO DE HISTORIA DEL ALUMNO

NOMBRE DEL NIÑO(A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ M F  
# DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_  
GRADO: \_\_\_\_\_ MAESTRO(A): \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_  
LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
  
NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_  
LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_

---

---

¿Piensa usted que su niño(a) tiene un problema de audición? \_\_\_\_\_

Si es así, describa \_\_\_\_\_

¿Se confunde su niño con la dirección del sonido? \_\_\_\_\_

¿Parece que su niño(a) escucha menos cuando hay ruido? \_\_\_\_\_

¿Le molestan a su niño(a) los ruidos fuertes? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño(a) alguna vez una infección de oídos o dolor de oídos?

Edad cuando empezó: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Algún drenaje del oído? \_\_\_\_\_

Tratamiento anterior: \_\_\_\_\_

Último episodio: \_\_\_\_\_

¿Algún cambio en la audición durante las infecciones de oídos? \_\_\_\_\_

¿Existe en la familia alguna historia de problemas de audición? \_\_\_\_\_

¿Ha estado su niño(a) alguna vez expuesto(a) a ruidos fuertes? \_\_\_\_\_

¿Usó protección en los oídos? \_\_\_\_\_

¿Se ha quejado alguna vez su niño(a) de silbidos o zumbidos en los oídos? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez su niño(a) lesiones en la cabeza? (contusión, fractura de cráneo, etc.) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño(a) problemas de:

desvanecimiento / pérdida de equilibrio? \_\_\_\_\_

desmayos? \_\_\_\_\_

convulsiones? \_\_\_\_\_

dolores de cabeza? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño(a) alergias o sinusitis? \_\_\_\_\_

Resfríos /dolores de garganta frecuentes? \_\_\_\_\_

Problemas de amígdalas, adenoides? \_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) su niño(a)? \_\_\_\_\_

Describa: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño(a) alguna enfermedad seria? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez su niño(a) alguna de las siguientes enfermedades? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sarampión

\_\_\_\_\_ Escarlatina

\_\_\_\_\_ Encefalitis

\_\_\_\_\_ Parotiditis

\_\_\_\_\_ Gripe

\_\_\_\_\_ Fiebre Reumática

\_\_\_\_\_ Tos ferina o tos convulsiva

\_\_\_\_\_ Neumonía

\_\_\_\_\_ Varicela

\_\_\_\_\_ Meningitis

¿Ha tenido alguna vez su niño fiebre superior a 103°? \_\_\_\_\_ (Describa) \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la condición de salud de la madre durante el embarazo? \_\_\_\_\_

Longitud del embarazo \_\_\_\_\_

¿Parto Normal? \_\_\_\_\_

Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Estuvo el (la) niño(a) en incubadora o tuvo que permanecer en el hospital? \_\_\_\_\_

¿Está el rendimiento escolar de su niño(a) dentro del promedio, inferior al promedio, o superior al promedio? \_\_\_\_\_

Enumere los servicios de educación especial \_\_\_\_\_

Otros idiomas que habla además del inglés \_\_\_\_\_

---

---

PERSONA ENTREVISTADA: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR(A): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_