



Hear 4 Kidz

## HISTORIAL DEL CASO

NOMBRE DE LA PERSONA COMPLETANDO ESTE  
FORMULARIO: \_\_\_\_\_

Parentezco: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tiene su niño/a dificultades para escuchar? (cuando lo noto por primera vez?)

\_\_\_\_\_

Tiene algun familiar que haya perdido la audicion por otro motivo que no sea la vejez?

NO

SI, explique

\_\_\_\_\_

Ha recibido su niño/a alguna medicina que termine en "ina" (i.e.: estreptomocina,  
gentamicina, etc.)?

SI,

explique \_\_\_\_\_

Ha tenido su niño/a:

contusion de cabeza

mareos

infecciones de oidos

Dolores de cabeza

operacion de amigdalas

vision borrosa

operacion de adenoids

ruido en los oidos

tubitos en los oidos

alguna cirugia

Tiene Ud. Alguna otra informacion que quiera darnos acerca de su niño/a?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Especificamente, que informacion desea Ud. Obtener de esta evaluation?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_