



# Formulario de Evaluación OAE



**Identificación del Centro** \_\_\_\_\_ **Nombre del niño** \_\_\_\_\_

**Datos sobre el niño**

# de identificación \_\_\_\_\_ Fecha de nac: ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

Sexo:  Masc.  Fem.

Se hizo evaluación al nacer?  no se sabe  no se evaluó  pasó  remitido

**Datos sobre la evaluación audiológica**

**Nombre Evaluador:** \_\_\_\_\_

**Oído IZQUIERDO**

**Inspección visual**

Remitir — Fecha ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ) → Consultar profesional de la salud/hacer OAE después de tener autorización médica

Pasó

**1er OAE** ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )      **2do OAE** ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

No se pudo hacer       No se pudo hacer

Remitir       Remitir

Pasó       Pasó

Hacer cita de control con profesional de la salud para realizar **un examen del oído medio** ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )



Escriba los resultados en el formulario de control postdiagnóstico. Después de recibir la autorización médica haga un OAE y si es necesario remita para una evaluación audiológica con un audiólogo pediatra.

**Notas:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Oído DERECHO**

**Inspección visual**

Remitir — Fecha ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ) → Consultar profesional de la salud/hacer OAE después de tener autorización médica

Pasó

**1er OAE** ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )      **2do OAE** ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

No se pudo hacer       No se pudo hacer

Remitir       Remitir

Pasó       Pasó

Hacer cita de control con profesional de la salud para realizar **un examen del oído medio** ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )



Escriba los resultados en el formulario de control postdiagnóstico. Después de recibir la autorización médica haga un OAE y si es necesario remita para una evaluación audiológica con un audiólogo pediatra.

**Notas:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tiempo**

Tiempo requerido con el niño para completar la evaluación aproximadamente (en minutos):

1<sup>er</sup> OAE \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> OAE \_\_\_\_\_