

# THERAPY 2000 HEARING SCREENING FORM-SPANISH

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_ GENDER: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 DATE: \_\_\_\_\_ SCREENER: \_\_\_\_\_

## I. OTOSCOPIC SCREENING

## II. AUDIOMETRIC SCREENING

Pure Tone (@25dB), if fail, test at 40dB

	Otoscopy	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz
Right Ear					
Left Ear					

Other Observations: \_\_\_\_\_

Patient is unable to condition to the audiometric screening.

Comments: \_\_\_\_\_

- Failure Criteria:    A. 2 or more frequencies NOT heard @ 25dB in the same ear AND/OR
- B. 1 or more frequencies NOT heard @ 40dB

## III. CUESTIONARIO SELECTIVO

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anomalías craneoencefálicas (anormalidades del cráneo/cara)</li> <li><input type="checkbox"/> Peso al nacer menor de 1500 gramos o (3.3 libras)</li> <li><input type="checkbox"/> Infecciones congénitas asociadas con pérdidas de audición sensorial como: Toxoplasmosis, Sífilis, Rubéola, CMV (citomegalovirus), o Herpes</li> <li><input type="checkbox"/> Ventilación artificial prolongada (5 días o más)</li> <li><input type="checkbox"/> Demora en respirar al nacer (Resultados Apgar entre 0-4 por 1 minuto y de 0-6 por 5 minutos)</li> <li><input type="checkbox"/> Niveles de hiperbilirrubinemia altos, requirieron transfusión de sangre</li> <li><input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana</li> <li><input type="checkbox"/> El historial de infecciones recurrentes del oído (&gt; 4 en un año) o la infección persistente del oído (&gt; 3 meses)</li> <li><input type="checkbox"/> La exposición a ruidos fuertes antes<br/>                 ___ Dos o más exposiciones de por un minuto de tiempo&gt; (con un nivel de intensidad equivalente a disparos de pistola o a un sonido alto como un concierto de rock)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>    ___ el uso Medio de jugadores personales de música con 80% del volumen máximo para por lo menos durante 1 hora al día por ___ años.</li> <li><input type="checkbox"/> Uso de drogas o alcohol durante el embarazo</li> <li><input type="checkbox"/> Historia familiar de síndrome de Ushers, Treacher-Collins, Goldenhar, o Waardenburg</li> <li><input type="checkbox"/> Historia familiar de pérdida auditiva sensorial</li> <li><input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo del habla/lenguaje.</li> <li><input type="checkbox"/> Preocupaciones de los padres acerca de la audición del niño.</li> <li><input type="checkbox"/> Desordenes neurodegenerativos como esclerosis múltiple</li> <li><input type="checkbox"/> Trauma hacia el cráneo/cerebro</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos ototóxicos usados dos por más de 5 días (como)                 <input type="checkbox"/> quimioterapia                 <input type="checkbox"/> antibióticos aminoglicosidos                 <input type="checkbox"/> ciertos diuréticos de lazo                 <input type="checkbox"/> el uso crónico de alta dosis de Aspirina</li> <li><input type="checkbox"/> Dado de alta de la terapia intensiva Neonatal</li> <li><input type="radio"/> Newborn Hearing Screening Result: Refer</li> </ul> |
|--|---|

## SCREENING SUMMARY

- PASS** Patient's hearing is within normal limits. A routine hearing screening will be completed annually.
- FURTHER SCREENING BY THERAPY 2000 IS NEEDED**
  - Tympanometry is recommended. (Failed audiometric screening OR SLP suspects an ear infection.)
  - OAE is needed. (Audiometric screening couldn't be done AND:
    - a. Parents/therapist suspect a hearing loss with a pass Case History, OR
    - b. Unavailable Case History)
- FAIL**
  - Audiometric screening fail:** refer the patient to an audiologist.
  - Case history screening fail:** refer the patient to an audiologist.
  - Otosopic screening fail:** refer the patient to an ENT physician.
- Parent declined a hearing screening at this time.** Reason: \_\_\_\_\_
  - Parent signature on file. Date: \_\_\_\_\_ Parent's phone: \_\_\_\_\_

### IMPORTANT REMINDERS:

- \*Complete a call log in the patient's chart that includes a screening summary
- \*Submit protocol by the first Monday morning of the coming month