



**Protocolo de Entrevista a padres
sobre las habilidades
auditivas y visuales del niño.**

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
ENTREVISTADOR(A): _____
FECHA _____

EXÁMENES PREVIOS

VISIÓN

¿Tiene usted alguna preocupación acerca de la habilidad de su hijo para ver? SÍ TAL VEZ NO
¿Ha sido remitido su hijo a un médico oftalmólogo? SÍ NO
¿Ha sido examinado su hijo por un médico oftalmólogo? SÍ NO
Diagnóstico/recomendaciones para el seguimiento: _____
Nombre del médico: _____ Fecha del examen: _____
Observaciones: _____

AUDICIÓN

¿Tiene usted alguna preocupación acerca de la habilidad de su hijo para oír?
 SÍ TAL VEZ NO
¿Ha sido remitido su hijo a un audiólogo? SÍ NO
¿Ha sido examinado su hijo por un audiólogo? SÍ NO
¿Tuvo su hijo una evaluación auditiva para recién nacidos? SÍ NO
 Aprobada
 Remisión al audiólogo *El examen de audición es necesario si todavía no se ha realizado*
 Perdida *El examen de audición es necesario*
Diagnóstico/recomendaciones para el seguimiento: _____
Nombre del audiólogo: _____ Fecha: _____
Observaciones: _____

¡ALTO!

**NO CONTINÚE CON LA EVALUACIÓN SI SE HA HECHO UN DIAGNÓSTICO
Diríjase directamente a la página de resultados y anote. Si la preocupación continúa vuelva a consultar
al Dr.o audiólogo.**

FACTORES DE RIESGO

¿Existen problemas de visión o audición en la familia del niño(a)? (parientes consanguíneos que hayan sufrido problemas de audición o visión cuando eran niños) SÍ TAL VEZ NO

¿Existieron problemas durante el embarazo, parto, o inmediatamente después del nacimiento del niño?
(premature, bajo peso al nacer, infecciones maternas, baja calificación de Apgar, transfusión)
 SÍ TAL VEZ NO

¿Existieron problemas identificados o enfermedades que pudieran afectar el desarrollo? (traumatismo conocido, meningitis, parálisis cerebral, hidro/microcefalia, convulsiones, fiebre alta por un período de tiempo prolongado, muchas infecciones del oído, otitis media seromucosa, etc.)
 SÍ TAL VEZ NO

¿Ha sido su hijo diagnosticado con alguna condición genética, médica, afección o retraso del desarrollo? (Ej., síndrome de Down, síndrome de alcohol fetal, síndrome CHARGE, síndromes de Frazier, Goldenhar, Hurler, Marfan, Norrie, Prader-Willi, Refsum, Trisomía 13, Waardenburg) SÍ TAL VEZ NO

¿Ha sido su hijo diagnosticado con un retraso de comunicación expresiva? SÍ TAL VEZ NO

Observaciones: _____

HABILIDADES FUNCIONALES

Formule todas las preguntas. Si no existen problemas, todas las respuestas serán 'No'.

PREGUNTAS DE CAUTELA-VISIÓN	SÍ	NO
¿Parece molestar la luz a su hijo ? (entrecierra los ojos, llora, cierra los ojos o aparta la mirada)?		
¿ Inclina o voltea la cabeza su hijo cuando mira a un objeto?		
¿ Sostiene su hijo objetos muy cerca (1"-2") cuando los mira?		
¿Parece su hijo demasiado interesado en mirar las luces (Ej. foco de la habitación)?		
¿Parece su hijo estar mirando, debajo, por encima o al lado de objetos/personas en vez de mirar directamente hacia a ellos?		
¿Tiende su hijo no hacer caso de juguetes, a menos que se iluminen o hagan ruido/música?		
¿Se desvía uno o ambos ojos hacia adentro o hacia afuera, especialmente cuando el niño está cansado o enfermo?		
¿Muestran las fotos de su hijo un punto blanco en el centro de cada ojo (en vez de un punto rojo)?		
¿Tiene preocupaciones acerca del aspecto de los ojos de su hijo (Ej., tamaño del globo ocular, hinchazón ocular, párpado caído, globos oculares hundidos, lagrimeo excesivo, parpadeo, enrojecimiento, le brincan los ojos, no se mueven juntos, etc.)		

Si responde "Sí" a cualquier pregunta entonces REMITA al niño para una evaluación más completa.

Haga preguntas lo más cercanas posibles al rango de edad correspondiente del niño y niños menores.

PREGUNTAS DE CAUTELA -AUDICIÓN	Edad	SÍ	NO
¿A menudo no responde su hijo a sonidos típicos en su ambiente? (Ej. ladrido de perro, timbre, artículo caído detrás)	3+ meses		
¿A menudo no responde su hijo a su nombre o a un ruido que que usted espera que él oiga? (i.e. caída de una cacerola)	3+ meses		
¿Parece su hijo responder menos al sonido ahora que cuando era más pequeño?	6+ meses		
¿Parece su hijo voltearse más hacia un lado que hacia otro cuando ocurren los sonidos?	7-9+ meses		
¿Parece su hijo mirar a menudo sus labios mientras usted habla ?	12+ meses		

Si responde "Sí" a alguna pregunta entonces REMITA al niño para una evaluación más completa.

Observaciones sobre habilidades funcionales: _____

HAGA ANOTACIONES EN LA PÁGINA DE RESULTADOS

ACASO SU HIJO...

Si el niño falla en 2 habilidades (se marcan como "no") en el rango de edad correspondiente, REMITA al niño para que sea evaluado con más detalle.

EDAD	VISIÓN	SÍ	NO	AUDICIÓN	SÍ	NO
1-2 meses	¿Lo/a mira momentáneamente?			¿Lo asustan los ruidos fuertes (abre de pronto los brazos)?		
1-2 meses	¿Parpadea o entrecierra los ojos cuando es expuesto a la luz brillante?			¿Mueve los brazos o piernas al ritmo en que se le habla?		
2-3 meses	¿Le gusta mirarlo/a a la cara cuando lo levanta?			¿Se tranquiliza cuando está alterado y escucha su voz?		
3 meses	¿Gira la cabeza o los ojos para mirarlo/a?			¿Mira alrededor para ver qué es lo que está haciendo un ruido nuevo?		
3 meses	¿Se mira sus propias manos?			¿Mira a los juguetes u objetos cuando hacen ruido?		
3 meses	¿Golpea objetos sujetos encima de él?			¿Imita sonidos de vocales tales como u, i, a?		
4-6 meses	¿Le sonrío a otra gente que no sea sólo de la familia?			¿Reacciona al cambio de tono de su voz? (i.e. feliz, enojado)		
4-6 meses	¿Se observa en el espejo?			¿Se calla cuando le hablan con una voz tranquilizante?		
4-6 meses	¿Mira a su alrededor?			¿Mueve sus ojos en dirección a los sonidos oídos desde un lado?		
6-9 meses	¿Reconoce su rostro desde otro lado de la habitación?			¿Alrededor de los 7 meses mira hacia abajo si un sonido proviene de esa dirección?		
6-9 meses	¿Observa una pelota rodando?			¿Se da cuenta de la voz de los padres cuando ésta se oye a distancia (de la habitación próxima)?		
6-9 meses	¿Lo/a observa mientras escribe?			¿Alrededor de los 9 meses, mira hacia arriba si un sonido proviene de esa dirección?		
9-12 meses	¿Mira fijamente/agarra sus alhajas/anteojos?			¿Mira televisión por un tiempo corto (i.e., reacciona a canciones, rimas, etc.)?		
9-12 meses	¿Busca un juguete que se ha caído?			¿Voltea o mira cuando usted dice su nombre?		
9-12 meses	¿Trata de recoger un Cheerio, una pasita de uva o una pelusa?			¿Balbucea usando una variedad de sonidos tales como baba, gui-gú?		
12-18 meses	¿Mete la mano dentro de un recipiente para agarrar comida o un juguete?			¿Voltea la cabeza rápidamente para localizar un sonido proveniente de cualquier dirección?		
12-18 meses	¿Construye una torre de 2 bloques o amontona dos cosas?			¿Reacciona o demuestra placer hacia sonidos nuevos o inusuales (silbido, timbre)?		
12-18 meses	¿Combina pares de objetos idénticos (Ej: 2 cucharas)?			¿Responde a órdenes simples sin gestos (“Ven aquí” “Siéntate”)?		
18-24 meses	¿Mete la mano dentro de un recipiente para agarrar comida o un juguete?			¿“Baila” con música?		
18-24 meses	¿Busca un objeto/ persona perdida?			¿Le hace saber qué quiere o necesita usando su voz?		
18-24 meses	¿Señala un objeto en el cielo/a través de la ventana?			¿Usa regularmente 20 o más palabras?		

24 meses	¿Mira detalles de una ilustración (la nariz del perro)?			¿Señala algunas partes del cuerpo cuando se le pregunta (“¿Dónde está tu nariz?”)		
24 meses	¿Señala ilustraciones en un libro? ¿Le gusta hacer garabatos?			¿Disfruta escuchando historias?		
24 meses				¿Comprende muchas palabras (200+)?		
30-36 meses	¿Simula “recoger” objetos de un libro?			¿Nota e identifica diferentes sonidos (teléfono, timbre)?		
30-36 meses	¿Coloca un objeto dentro de una abertura pequeña?			¿Escucha historias en un grupo con otros?		
30-36 meses	¿Copia o imita dibujar una línea/círculo?			¿Comprende la mayoría de las cosas que se le dicen?		

Si existen preocupaciones, ¿cuáles son las instancias específicas en las que el niño parece no oír o ver bien?

Observaciones: _____



**Protocolo de entrevista a padres sobre
las habilidades auditivas y visuales del niño**

PÁGINA DE RESULTADOS

Nombre del Niño(a): _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Entrevistador: _____ Fecha: _____

VISIÓN

AUDICIÓN

I. EXÁMENES PREVIOS

¿Preocupaciones de los padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Preocupaciones de los padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Previa remisión a un médico oftalmólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Previa remisión a un audiólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Examinado por un médico oftalmólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Revisión médica del recién nacido desconocida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconocen resultados de la evaluación auditiva del recién nacido
Información sobre el examen: Solicite expedientes de:	Información del examen: Solicite expedientes de: _____

II. FACTORES DE RIESGO

¿Existe algún factor de riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Existe algún factor de riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Factor(es) de riesgo:	Factor(es) de riesgo:

III. HABILIDADES FUNCIONALES

¿Respondió "Sí" a alguna de las preguntas de cautela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Respondió "Sí" a alguna de las preguntas de cautela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Realiza el niño al menos 2/3 de las habilidades apropiadas para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Realiza el niño al menos 2/3 de las habilidades apropiadas para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preocupaciones observadas:	Preocupaciones observadas:

MEDIDAS RECOMENDADAS

<p>APROBADO – NO NECESITA MÁS PRUEBAS</p> <p>Nota: <i>Los niños elegibles para los servicios debido a un excesivo retraso en la comunicación expresiva requieren evaluación auditiva.</i></p>
<p>MONITOREO: Uno o más factores de riesgo están presentes indicando la necesidad de que un médico, padre y/o el equipo de intervención temprana siga de cerca el desarrollo de las aptitudes auditivas o visuales del niño.</p>
<p>REMITIDO PARA EVALUACIÓN:</p> <p>La información recabada indica:</p> <p><input type="checkbox"/> preocupación acerca de habilidades funcionales visuales que indica la necesidad de evaluación por un médico oftalmólogo.</p> <p><input type="checkbox"/> preocupación acerca de habilidades funcionales auditivas que indica la necesidad de una evaluación audiológica.</p> <p><input type="checkbox"/> remisión previa a un médico oftalmólogo que necesita reanudarse.</p>

- la evaluación auditiva del recién nacido nunca fue realizada.
- se le diagnosticó al niño retraso de la comunicación expresiva.

Fecha de remisión para la evaluación: _____ (Incluya un formulario para el Informe de un Especialista de Ojos con remisiones para la visión o un formulario para Evaluación Diagnóstica de la Audición con remisiones para la audición)

Persona a la que el niño fue remitido: _____
Se recomienda que el formulario para la entrevista de los padres sea compartida con el/los especialistas médicos que llevarán a cabo la evaluación.