****

**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obsevaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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? (prematuro, 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 | SÏ | NO |
| ¿A menudo no responde su hijo a sonidos típi ambiente? ( Ej, ladrido de perro, timbre, artícu | | cos en su  lo caído detrás) | 3+ meses |  |  |
| ¿A menudo no responde su hijo a su nombre o que usted espera que él oiga? (i.e. caída de un | | a un ruido que a cacerola) | 3+ meses |  |  |
| ¿Parece su hijo responder menos al sonido ah más pequeño? | | ora que cuando era | 6+ meses |  |  |
| ¿Parece su hijo voltearse más hacia un lado qu sonidos? | | e hacia otro cuando ocurren los | 7-9+ meses |  |  |
| ¿Parece su hijo mirar a menudo sus labios mie | | ntras 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  1-2 meses  2-3 meses | ¿Lo/a mira momentáneamente?  ¿Parpadea o entrecierra los ojos cuando es expuesto a la luz brillante?  ¿Le gusta mirarlo/a a la cara cuando lo levanta? |  |  | ¿Lo asustan los ruidos fuertes (abre de pronto los brazos)?  ¿Mueve los brazos o piernas al ritmo en que se le habla?  ¿Se tranquiliza cuando está alterado y escucha su voz? |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 meses  3 meses  3 meses | ¿Gira la cabeza o los ojos para mirarlo/a?  ¿Se mira sus propias manos?    ¿Golpea objetos sujetos encima de él? |  |  | ¿Mira alrededor para ver qué es lo que está haciendo un ruido nuevo?  ¿Mira a los juguetes u objetos cuando hacen ruido?  ¿Imita sonidos de vocales tales como u, i, a? |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4-6 meses  4-6 meses  4-6 meses | ¿Le sonríe a otra gente que no sea sólo de la familia?  ¿Se observa en el espejo?  ¿Mira a su alrededor? |  |  | ¿Reacciona al cambio de tono de su  voz? (i.e. feliz, enojado)  ¿Se calla cuando le hablan con una voz tranquilizante?  ¿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  6-9 meses | ¿Observa una pelota rodando?  ¿Lo/a observa mientras escribe? |  |  | ¿Se da cuenta de la voz de los padres cuando ésta se oye a distancia (de la habitación próxima)?  ¿Alrededor de los 9 meses, mira hacia arriba si un sonido proviene de esa dirección? |  |  |
|  |  |
| 9-12 meses  9-12 meses  9-12 meses | ¿Mira fijamente/agarra sus alhajas/anteojos?  ¿Busca un juguete que se ha caído?    ¿Trata de recoger un Cheerio, una pasita de uva o una pelusa? |  |  | ¿Mira televisión por un tiempo corto (i.e., reacciona a canciones, rimas, etc.)?  ¿Voltea o mira cuando usted dice su nombre?  ¿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      12-18 meses | ¿Construye una torre de 2 bloques o amontona dos cosas?    ¿Combina pares de objetos idénticos (Ej: 2 cucharas)? |  |  | ¿Reacciona o demuestra placer hacia sonidos nuevos o inusuales (silbido, timbre)?  ¿Responde a órdenes simples sin gestos (“Ven aquí” “Siéntate”)? |  |  |
| 18-24 meses  18-24 meses  18-24 meses | ¿Mete la mano dentro de un recipiente para agarrar comida o un juguete?  ¿Busca un objeto/ persona perdida? ¿Señala un objeto en el cielo/a través de la ventana? |  |  | ¿“Baila” con música?  ¿Le hace saber qué quiere o necesita usando su voz?    ¿Usa regularmente 20 o más palabras? |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

1. **EXÁMENES PREVIOS**

¿Preocupaciones de los padres? □ Sí □ No ¿Preocupaciones de los padres? □ Sí □ No ¿Previa remisión a un médico oftalmólogo? ¿Previa remisión a un audiólogo?

□ Sí □ No □ Sí □ No

¿Examinado por un médico oftalmólogo? □ Sí ¿Revisión médica del recién nacido desconocida? □

□ No Sí □ No □ Se desconocen resultados de la

evaluación auditiva del recién nacido

Información sobre el examen: Información del examen:

Solicite expedientes de: Solicite expedientes de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **FACTORES DE RIESGO**

¿Existe algún factor de riesgo? ¿Existe algún factor de riesgo?

□ Sí □ No □ Sí □ No

Factor(es) de riesgo: Factor(es) de riesgo:

1. **HABILIDADES FUNCIONALES**

¿Respondió “Sí” a alguna de las preguntas de ¿Respondió “Sí” a alguna de las preguntas de

cautela? □ Sí □No cautela? □ Sí □No

¿Realiza el niño al menos 2/3 de las habilidades ¿Realiza el niño al menos 2/3 de las habilidades apropiadas para su edad? □Sí □No apropiadas para su edad? □Sí □No Preocupaciones observadas: Preocupaciones observadas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MEDIDAS RECOMENDADAS** |  |
| **APROBADO – NO NECESITA MÁS PRUEBAS**  Nota***: Los niños elegibles para los servicios debido a un excesivo retraso en la comunicación expresiva requieren evaluación auditiva.*** | | |
| **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. | | |
| **REMITIDO PARA EVALUACIÓN:** | | |
| **La información recabada indica:**  □preocupación acerca de habilidades funcionales **visuales** que indica la necesidad de evaluación por un médico oftalmólogo.  □preocupación acerca de habilidades funcionales **auditivas** que indica la necesidad de una evaluación audiológica.  □remisión previa a un médico oftalmólogo que necesita reanudarse. | | |

□ 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.