

PROGRAMA DE INTEGRACIÓN AUDITIVA
Cuestionario preliminar

Nombre _____
Apodo _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ H/M _____
Nombre del padre/madre/tutor _____
Dirección _____
Teléfono del domicilio _____ Teléfono del trabajo _____
FAX _____
Email _____
Programa educativo (escuela y nivel) _____ Nivel de lectura _____
¿Algún problema académico en la escuela? _____
¿Está el/la niño/ña en una clase especial? _____

Especifique diagnóstico, fecha, y doctor/a que lo redactó:

Escriba una lista de los medicamentos que toma regularmente, cantidades y frecuencia, y desde cuando los toma:

¿Sufre el/la niño/ña algún tipo de alergia? _____
¿Mostró alguna reacción adversa a alguna vacuna? Si es así, ¿a qué edad, la(s) vacuna(s) específica(s), y cual fue la reacción? _____

¿El/la niño/ña sufre ataques? _____ Si es así, ¿de qué tipo?, ¿a qué edades? _____
¿Hubo problemas durante el embarazo/nacimiento? _____

¿El niño/ña comenzó a caminar y a hablar en el tiempo que se considera normal, o sufrió algún retardo?

¿Ha tenido el/la niño/ña algún problema en el oído?

infecciones de oído repetidas (edades _____)

rotura de tímpano (edades _____)

inserción de tubos PE (edades _____) Fecha en que se le retiraron _____

cirugía en alguno de los oídos (edades _____)

unas pocas infecciones de oído (edades _____)

¿Hay algunos sonidos que el paciente encuentra irritantes o molestos?
_____ ninguno _____ unos pocos sonidos _____ algunos sonidos _____ muchos sonidos _____ la
mayoría de los sonidos

Por favor, indique algunos sonidos específicos, si los conoce: _____

¿Esta hipersensibilidad a los sonidos varía según el lugar, el nivel general de ruido, su estado de salud,
comportamiento, parte del día, o tiempo meteorológico? _____

¿Puede su niño/ña caminar sin ayuda? Sí _____ No _____ Si no es así, explíquelo por favor:

¿Hay alguna otra información que piense sería importante que conociéramos? ¿Algún tipo de comentario o
preocupación?

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Por favor adjunte este formulario a su pedido. Gracias.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE PROBLEMAS AUDITIVOS

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del observador _____ Relación con el paciente del AIT _____

Fecha _____

Por favor, marque cada apartado que a usted le preocupe como observador acerca del paciente:

- ___ 1. Tiene un historial de pérdida de audición.
- ___ 2. Tiene un historial de infecciones de oído.
- ___ 3. No presta atención (escucha) a las instrucciones un 50% ó más del tiempo.
- ___ 4. No escucha con atención las instrucciones – a menudo es necesario repetir las instrucciones.
- ___ 5. Dice “¿Huh?” y “¿Qué?” al menos cinco o más veces al día.
- ___ 6. No puede permanecer atento a estímulos auditivos durante más de unos pocos segundos.
- ___ 7. Muestra un periodo de atención corto.
(si se ha marcado este ítem, _____ 0-2 min. _____ 5-15 min.
marcar también el marco
temporal más apropiado.) _____ 2-5 min. _____ 15-30 min.
- ___ 8. Ensoñación – cambios constantes en la atención -.
- ___ 9. Los ruidos de fondo le distraen fácilmente.
- ___ 10. Muestra dificultad con los fonemas.
- ___ 11. Tiene problemas a la hora de discriminar sonidos.
- ___ 12. Olvida en pocos minutos lo que se dice.
- ___ 13. No recuerda rutinas simples de un día para otro.
- ___ 14. Tiene problemas para repetir lo que se dijo la semana pasada, el mes pasado, el año pasado.
- ___ 15. Tiene dificultad en repetir una secuencia que haya escuchado.
- ___ 16. Muestra dificultad en seguir órdenes verbales.
- ___ 17. A menudo entiende mal lo que se dice.
- ___ 18. No entiende muchas palabras - conceptos verbales para su edad/nivel de escolaridad.
- ___ 19. Aprende muy lentamente por medio del canal auditivo.
- ___ 20. Tiene un problema con el lenguaje (morfología, sintáxis, vocabulario, fonología).
- ___ 21. Tiene un problema de articulación (fonología).
- ___ 22. No siempre puede relacionar lo que se oye con lo que se ve.
- ___ 23. Falta de motivación para aprender.
- ___ 24. Muestra una respuesta lenta o con cierto retardo frente a estímulos verbales.
- ___ 25. Muestra un rendimiento por debajo de la media en una o más áreas académicas.

Firma del observador

Por favor adjunte este formulario a su pedido. Gracias.

ENVIAR A : NOMBRE _____
 c/o _____
 Dirección (no apartado postal) _____
 Ciudad _____
 Provincia _____ C.P. _____
 Teléfono () _____ Teléfono en el trabajo () _____
 Fax () _____ Email _____

DESCRIPCIÓN	QTY	Precio de cada	TOTAL
<p align="center"><u>CD Programa Integración Auditiva</u> <u>FORMULARIO DE PEDIDO</u></p> <p>Para pedidos por teléfono llame al 828-254-7160</p> <p align="center"><u>Envíelo por correo o Fax a:</u> Serious Composer, Inc. PO Box 18041 Asheville, NC 28814 FAX: 828-253-4573 Phone: 828-254-7160</p>		Subtotal	
		NC	
		Gastos de envío y manipulación	
		Total	

FORMA DE PAGO
 Cheque Personal Adjunto (el pedido se mantendrá durante 3 semanas) Cheque/Transferencia bancaria certificada Adjunta
 Visa MasterCard

Nombre del titular de la tarjeta _____
 Número de la tarjeta # _____
 Fecha de caducidad _____
 Nombre del banco emisor _____

Firma del titular de la tarjeta (No se podrá enviar el equipo sin la firma del titular de la tarjeta)

Contrato de acuerdo: Entiendo que (1) este producto no está dirigido hacia el diagnóstico, tratamiento, cura, o para prevenir ninguna enfermedad; (2) Serious Composer, Inc. no fabrica ni distribuye dispositivos médicos; (3) todos los servicios, equipos, grabaciones, suministros, y otros materiales suministrados por Serious Composer, Inc. han sido diseñados con el objetivo único de enseñar, aprender, formar y educar. Me comprometo a utilizar este equipo y programa de entrenamiento exclusivamente para los objetivos por los que fue diseñado, tal y como se especifica más arriba. Me comprometo a no hacer responsables a Serious Composer, Inc., sus administradores y empleados de ninguna forma de reclamación por pérdidas ocurridas en relación al suministro, funcionamiento o uso de estos materiales.

Firma (No se puede realizar el envío sin la firma)

NOTA: Por favor lea la carta adjunta para una información detallada acerca de la valoración auditiva que, en la mayoría de los casos, debería acompañar al cuestionario preliminar y al formulario de pedido.