

UMCHS Hearing Screening Record – Registro de Revisión del Oído

Because of the strong connection between hearing, speaking, understanding language, and learning, UMCHS screens the hearing of each child enrolled in the program. *IA causa de la fuerte conexión entre el oído, el habla, el entendimiento de lenguaje, y el aprendizaje, UMCHS revisa los oídos de cada niño que esta matriculado en el programa.*

Child's Name/Nombre del Niño: Pedro Estevan Screening/Revisión: 1st 2nd 3rd
 Age in Months/Edad en Meses: 48 mo School Year/Año Escolar: 09-10 Center/Centro: _____

Parent concerns from Health and/or Developmental History or ASQ/Preocupación de Historial de Salud y/o de desarrollo o ASQ: _____

Startle response to be completed for children ages 6 weeks to 5 months/Respuesta a sorpresa para completarse para niños de edad de 6 semanas a 5 meses

Noise Response to be completed for children ages 6 months to 35 months/Respuesta al sonido para completarse para niños de edad de 6 meses a 35 meses.

STARTLE RESPONSE/RESPUESTA A SORPRESA		NOISE RESPONSE/RESPUESTA AL SONIDO	
<input type="checkbox"/> Pass/Paso	<input type="checkbox"/> Fail/Fallo	Right Ear/Oído Derecho <input type="checkbox"/> Pass/Paso <input type="checkbox"/> Fail/Fallo	Left Ear/Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Pass/Paso <input type="checkbox"/> Fail/Fallo

The above screens are done to make sure that your child hears and responds to noises in the surrounding environment. *Las revisiones de arriba se hacen para asegurar que su niño oye y responde a los sonidos del medio-ambiente a su alrededor.*

Screener comments/Comentarios del examinador: _____

Speech Audiometry to be completed for children 36 months and older/ Audiometría del Habla completar para niños de 36 meses y mayores

During this screening your child is asked to point to various pictures of things in a quieter and quieter voice. This way we can find out if your child can hear well enough to understand the words people are saying to them. *Durante esta revisión se le pide al niño que apunte a varias fotografías de cosas en voz baja y más baja. De esta forma podremos saber si su niño puede oír bien para comprender las palabras que la gente les esta diciendo.*

Left/Izquierdo 25 dB Pass/Paso Fail/Fallo _____ Right/Derech 25 dB Pass/Paso Fail/Fallo _____

Comments/Comentarios: _____

PARENT INFORMATION - INFORMACIÓN PARA PADRES	
<input checked="" type="checkbox"/>	Your child passed Head Start's hearing screening today. <i>Hoy su niño paso del oído en el Head Start.</i>
<input type="checkbox"/>	Head Start will re-screen your child in two to four weeks. (There is some question about the results.) <i>El Head Start volverá a revisar a su niño en dos o cuatro semanas. (Hay alguna pregunta acerca de los resultados).</i>
<input type="checkbox"/>	Based upon our results today, Head Start recommends you contact your medical provider for an evaluation of your child's ears and hearing. <i>A base de nuestros resultados de hoy, Head Start recomienda que usted se ponga en contacto con su proveedor de salud medica para una evaluación de orejas y oídos de su niño.</i>
<input type="checkbox"/>	Based upon our results today, Head Start recommends you contact your local Educational Services District (ESD) office for additional hearing testing. Please call _____ to make an appointment. <i>A base de nuestros resultados de hoy, Head Start recomienda que usted se ponga en contacto con la oficina del Servicio Local de Educación del Distrito (ESD) para una prueba adicional del oído. Favor de llamar al _____ para hacer cita.</i>

Screening Reliability/Resultado de la Revisión: Good/Buena Fair/Normal Poor/Mal

Screener/Examinador: Janet Reed HRS Date/Fecha 9/28/09