

# Risk Indicators For Hearing Loss Checklist

(To be used with Developmental Scales form when performing KBH screens for birth through three years of age.)

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

What was your child's birth weight? \_\_\_\_\_ Was child premature? \_\_\_\_\_ By how many weeks? \_\_\_\_\_

Was the child's hearing screened as a newborn? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Unknown \_\_\_\_\_

Results of the testing/screening: \_\_\_\_\_

Has your child's hearing been tested or screened since birth? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Unknown \_\_\_\_\_

Results of the testing/screening: \_\_\_\_\_

**Directions: Mark an X in the appropriate column. If an indicator exists but had been referred in a previous screening, note to whom the child was referred and note the follow-up recommendations.**

{N = indicator for infants birth through 28 days old who *did not* have newborn hearing screening; for children older than 28 days, answer all questions.}

**YES NO**

- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 1. Do you have a concern about your child's hearing, speech, language or other development delay?  
List concerns: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 2. N As a newborn, did your child have an illness/condition requiring 48 hours or more in the NICU?  
Explain: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 3. N Was child exposed to any of the following during the mother's pregnancy? Check (✓) all that apply:  
toxoplasmosis  syphilis  rubella  cytomegalovirus  herpes  unknown
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 4. N Does child have any abnormal features of the outer ear, ear canal, mouth, nose, neck or head?  
Explain: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 5. N Have any of your child's relatives had a permanent hearing loss before the age of 5?  
Explain: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 6. N Was your child diagnosed at birth as having a syndrome or condition known to include a sensorineural or conductive hearing loss or eustachian tube dysfunction?  
Explain: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 7. Has your child been diagnosed as having any syndromes associated with progressive hearing loss such as Down, Usher, Waardenburg; a neurodegenerative disorder such as Hunter syndrome; or sensory motor neuropathies such as Friedreich's ataxia or Charcot-Maire-Tooth Syndrome?  
Explain: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 8. Has your child had bacterial meningitis (or other post-natal infections) associated with hearing loss?  
If yes, at what age? \_\_\_\_\_ Hearing testing since then? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 9. Has child ever had any head trauma? Explain: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 10. As a newborn, did your child need an exchange transfusion because of hyperbilirubinemia, or have the need for mechanical ventilation, or conditions requiring ECMO?  
Explain: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ \_\_\_\_ 11. Has your child had otitis media with effusion that lasts for more than 3 months? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
If yes, were tubes placed? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ If yes, when? \_\_\_\_\_ Are they in place now? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Note:** The presence of any risk indicator denotes need for screening every six months up to three years of age, or as otherwise indicated by an audiologist.

Pass = All "NO" responses. Refer = One or more "YES" response(s). Check (✓) **One: Pass**  **Refer**

**If other, explain:** \_\_\_\_\_

**Screener:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.**

**LISTA DE INDICADORES DE RIESGO DE LA PÉRDIDA DE OÍDO**

NOMBRE DEL NIÑO(A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE PADRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 EXAMEN HECHO POR: \_\_\_\_\_

¿Cuál era el peso de nacimiento de su niño(a)? \_\_\_\_\_ ¿Fue prematuro(a)? \_\_\_\_\_ ¿Por cuantas semanas? \_\_\_\_\_  
 ¿De recién nacido(a), se le hizo examen de oído a su niño(a)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_\_

Resultados del examen \_\_\_\_\_  
 ¿Después de nacimiento, se le ha hecho un examen de oído a su niño(a)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_\_

Resultados del examen \_\_\_\_\_  
 Nombre del doctor primario del niño: \_\_\_\_\_

**Instrucciones: Marque una X en la columna apropiada. Si un indicador existe pero ha sido referido en un examen previo, anote a quién refirieron a el niño(a) y anote las recomendaciones de seguimiento.**

[N = indicador para infantes de nacimiento a 28 días de nacido quienes *no* tuvieron examen de oído de recién nacidos. Para niños mayores de 28 días, conteste todas las preguntas.]

- | SÍ              | NO      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |         |         |                 |        |             |
|-----------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|---------|-----------------|--------|-------------|
| _____           | _____   | 1. ¿Tiene una preocupación sobre la audiencia, el habla, lenguaje o retraso de desarrollo de su niño(a)?<br>Escriba preocupaciones: _____                                                                                                                                                                                      |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 2.N ¿De recién nacido, tuvo su niño(a) una enfermedad/condición que requiriera 48 horas o más en la Unidad de Cuidado Intensivo de Recién Nacidos? Explique: _____                                                                                                                                                             |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 3.N ¿Fue el niño(a) expuesto a cualquiera de los siguientes durante el embarazo de la madre? Marque todos que apliquen:<br><table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>toxoplasmosis</td> <td>sífilis</td> <td>rubéola</td> </tr> <tr> <td>citomegalovirus</td> <td>herpes</td> <td>desconocido</td> </tr> </table> | toxoplasmosis | sífilis | rubéola | citomegalovirus | herpes | desconocido |
| toxoplasmosis   | sífilis | rubéola                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |         |         |                 |        |             |
| citomegalovirus | herpes  | desconocido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 4.N ¿Tiene su niño(a) partes anormales del oído externo, canal del oído, boca, nariz, cuello, o cabeza?<br>Explique: _____                                                                                                                                                                                                     |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 5.N ¿Algún pariente de su niño(a) tuvo pérdida del oído permanente antes de la edad de 5 años?<br>Explique: _____                                                                                                                                                                                                              |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 6.N ¿Al nacer, fue su niño(a) diagnosticado(a) con un síndrome o condición conocida a incluir una sordera neurosensorial o conductiva o Disfunción de la Trompa de Eustaquio?<br>Explique: _____                                                                                                                               |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 7. ¿Ha sido diagnosticado su niño(a) con cualquier síndrome asociado con sordera progresiva tal como Down, Usher, Waardenburg; un desorden neurodegenerativo tal como el Síndrome de Hunter; o neuropatías sensorimotoras tal como Friedrich's ataxia o síndrome Charcot-Marie-Tooth?<br>Explique: _____                       |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 8. ¿Ha tenido su niño(a) meningitis bacterial (u otras infecciones pos-natales) asociadas con sordera? ¿Si sí, a que edad? _____ Examen de audición desde entonces? _____                                                                                                                                                      |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 9. ¿Alguna vez el niño(a) a tenido algun trauma de cabeza?<br>Explique: _____                                                                                                                                                                                                                                                  |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 10. ¿De recién nacido, tuvo su niño(a) un cambio transfusión a causa de hiperbilirrubinemia, o tiene la necesidad de ventilación mecánica, o condiciones que requieren la Oxigenación por Membrana Extracorpórea?<br>Explique: _____                                                                                           |               |         |         |                 |        |             |
| _____           | _____   | 11. Ha tenido su niño(a) otitis media con efusión que dure más de 3 meses? Sí _____ No _____<br>¿Si sí, le pusieron tubos? Sí _____ No _____ ¿Si sí, cuando? _____<br>¿Los tiene puestos ahora? Sí _____ No _____                                                                                                              |               |         |         |                 |        |             |

Nota: La presencia de cualquier indicador de riesgo denota lo necesidad a un examen cada 6 meses hasta la edad de 3 años, o de otra manera indicado por el audiólogo.

Pasó = Todas respuestas "NO" Referir = Una o más "SÍ" respuestas

Marque Uno:  Pasó  Referir  Si otro, explique: \_\_\_\_\_

(To be used with Developmental Scales form when performing KBH screens ages birth through four years of age.)

Screener: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.**