

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS SOBRE LA AUDICIÓN Y OÍDO DE SU HIJO/A

Número de solicitud

Nombre del niño/niña ()

Fecha de nacimiento (Año Mes Día)

Relación con el niño /la niña ()

☆ Responde abajo el cuestionario sobre su niño/a con un ○ :

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	NO	SÍ
① En la familia del niño/la niña, hay alguien que desde su infancia ha tenido dificultades auditivas.	NO	SÍ
② Ha padecido algunas veces de otitis media.	NO	SÍ
③ Frecuentemente sufre de congestión nasal o secreción nasal, o respira por la boca o se le reseca la garganta.	NO	SI
④ Con frecuencia no responde al llamarle, repite la pregunta o sube mucho el volumen de la televisión y usted piensa que su hijo/a no escucha bien.	NO	SÍ
⑤ Su encargado/a de la guardería o alguien cercano le ha comentado alguna vez que el niño/la niña no escucha bien.	NO	SÍ
⑥ Se preocupa por el lenguaje hablado de su hijo/a. Por ejemplo, piensa que va atrasado en su habla o su pronunciación es incorrecta.	NO	SÍ
⑦ A veces no entiende lo que dice usted y hay que utilizar gestos.	NO	SÍ

☆ Resultado de la prueba de susurro

Diga sólo una vez el nombre del dibujo sin repetirlo, aunque le pida a usted que lo diga de nuevo. Si señala correctamente el dibujo, marque con un ○. Si se repite la pregunta o se equivoca, marque con un ×.

PERRO	ZAPATO	PARAGUAS	ELEFANTE	GATO	SILLA