

# Formulario de Evaluación OAE



Identificación  
del Centro \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

## Datos sobre el niño

# de identificación \_\_\_\_\_

Fecha de nac: ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

Sexo:  Masc.  Fem.

Se hizo evaluación al nacer?  no se sabe  no se evaluó  pasó  remitido

## Datos sobre la evaluación audiológica

Nombre  
Evaluador: \_\_\_\_\_

### Oído IZQUIERDO

#### Inspección visual

Remitir — Fecha ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

Consultar profesional de la salud/hacer OAE después de tener autorización médica

Pasó

1er OAE ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

2do OAE ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

No se pudo hacer

Remitir

Pasó

No se pudo hacer

Remitir

Pasó

Hacer cita de control con profesional de la salud para realizar **un examen del oído medio**

( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )



Escriba los resultados en el formulario de control postdiagnóstico. Después de recibir la autorización médica haga un OAE y si es necesario remita para una evaluación audiológica con un audiólogo pediatra.

Notas:

---



---

### Oído DERECHO

#### Inspección visual

Remitir — Fecha ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

Consultar profesional de la salud/hacer OAE después de tener autorización médica

Pasó

1er OAE ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

2do OAE ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

No se pudo hacer

Remitir

Pasó

No se pudo hacer

Remitir

Pasó

Hacer cita de control con profesional de la salud para realizar **un examen del oído medio**

( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )



Escriba los resultados en el formulario de control postdiagnóstico. Después de recibir la autorización médica haga un OAE y si es necesario remita para una evaluación audiológica con un audiólogo pediatra.

Notas:

---



---

## Tiempo

Tiempo requerido con el niño para completar la evaluación aproximadamente (en minutos):

1er OAE \_\_\_\_\_

2do OAE \_\_\_\_\_