

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. / A causa de la fuerte conexión entre oír, hablar, comprensión del idioma, y aprendizaje, UMCHS hace un examen de los oídos de cada niño que esta matriculado en el programa.

Child's Name/Nombre del Niño: _____ **Screening/Exámen:** 1st 2nd 3rd
Age in Months/Edad en Meses: _____ **School Year/Año Escolar:** _____ **Center/Centro:** _____

Parent concerns from Health and/or Developmental History or ASQ. / Preocupaciones de los padres del Historial de Salud y/o desarrollo o ASQ: _____

Otacoustic Emissions (OAE) to be completed for children ages 6 weeks to 35 months. / Emisiones Otacústicas (OAE) para completarse para los niños de edad de 6 semanas a 35 meses.

Left/Izquierda Pass/Paso _____ Fail/Fallo _____ **Right/Derecha** Pass/Paso _____ Fail/Fallo _____

During the screening, a small microphone is placed in the child's ear. The microphone makes a series of soft clicks or tones. A micro-computer then measures how well the inner ear is working. / Durante el examen se coloca un micrófono pequeño en el oído del niño. El micrófono hace una serie de clicks o tonos suaves. Entonces una micro-computadora mide que tan bien esta trabajando la parte del interior del oído.

Screener comments / Comentarios del examinador: _____

Speech Audiometry to be completed for children 36 months and older. / Audiometría del Habla para completarse para los 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 este examen a su niño se le pedirá apuntar hacia varias fotografías de cosas en voz baja y mas baja. De esta forma sabremos si su niño puede oír lo suficiente bien para comprender las palabras que la gente les esta diciendo.

Left/Izquierda _____ dB Pass/Paso _____ Fail/Fallo _____ **Right/Derecha** _____ dB Pass/Paso _____ Fail/Fallo _____

Comments/Comentarios: _____

PARENT INFORMATION - INFORMACIÓN PARA LOS PADRES	
<input type="checkbox"/>	<p>Your child passed Head Start's hearing screening today. <i>Hoy en el Head Start, su niño paso el examen del oído.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>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 preocupación acerca de los resultados).</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Based upon our results today, Head Start recommends you contact your medical provider for an evaluation of your child's ears and hearing. <i>Basado en los resultados de hoy, el Head Start recomienda que usted se ponga en contacto con su proveedor de salud para una evaluación de los oídos de su niño.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>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>Basado en nuestros resultados de hoy, el Head Start recomienda que usted se ponga en contacto con la oficina del Distrito de Servicio de Educación Local (ESD) para una prueba adicional del oído. Favor de llamar al _____ para hacer cita.</i></p>

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

Screener/Examinador: _____ **Date/Fecha** _____