

A Family's Checklist – Infant Hearing

Child's Name: _____

Child's Date of Birth: ____/____/____

Normal Milestones	Before 1 Month	Before 3 Months	Before 6 Months
<p>Many babies meet normal milestones even if they have a hearing loss in one or both ears. You should only use these milestones to monitor your baby's hearing and development if your baby has PASSED the hearing screening or been evaluated by a Pediatric Audiologist...</p> <p>Months of Age</p> <p>2 Quiets when hearing a familiar voice. Makes vowel sounds like ahh, ohh</p> <p>4 Looks for sounds with his eyes. Uses sounds such as squeals, whimpers, chuckles</p> <p>6 Turns head toward sound. Babbles ba-ba, ma-ma, da-da</p> <p>9 Imitates speech sounds of others. Understands no-no or bye-bye. Turns head toward soft sounds.</p> <p>12 Correctly uses ma-ma or da-da.</p>	<p><input type="checkbox"/> Hospital Inpatient Screen</p> <p>Place: _____</p> <p>Screen Date: ____/____/____</p> <p>Results:</p> <p><u>Left Ear</u> <input type="checkbox"/> Pass <u>Right Ear</u> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Repeat Screen</p> <p>Place: _____</p> <p>Screen Date: ____/____/____</p> <p>Results:</p> <p><u>Left Ear</u> <input type="checkbox"/> Pass <u>Right Ear</u> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Evaluation by Pediatric Audiologist. Be sure your doctor gets the results.</p> <p>Place: _____</p> <p>Date: ____/____/____</p> <p>Results:</p> <p><u>Right Ear</u> <input type="checkbox"/> Normal <u>Left Ear</u> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Hearing Loss <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Enroll in Early Intervention program, if hearing loss in both ears</p> <p>Program: _____</p> <p>Date: ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> Learn about communication Options</p> <p><input type="checkbox"/> Learn about cochlear implants, if applicable</p> <p><input type="checkbox"/> Regular visits to a Pediatric Audiologist</p> <p>Evaluations:</p> <p><input type="checkbox"/> Ophthalmologist (eye doctor)</p> <p>Place: _____</p> <p>Date: ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> Genetic Specialist</p> <p>Place: _____</p> <p>Date: ____/____/____</p>
	<p>If your baby does not pass the screening in one or both ears, talk to your doctor about seeing a Pediatric Audiologist as soon as possible.</p> <p>If your baby passes, testing is done. Watch for normal milestones. Be sure your doctor gets the results. www.AZNewborn.com</p>	<p>If your baby has a HEARING LOSS, the next steps are:</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluation by an ENT (Ear, Nose, and Throat) doctor</p> <p>Place: _____</p> <p>Date: ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> Hearing aid fitting (if appropriate) of loaner or permanent hearing aids by a Pediatric Audiologist.</p> <p><input type="checkbox"/> Contact Hands & Voices for family support: by phone at 866-685-1050 or www.AZHV.org</p>	<p>You may need a referral from your doctor to see these specialists.</p>

TAKE THIS TO YOUR BABY'S DOCTOR

Lista de Comprobación Familiar – Audición Infantil

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Etapas Normales	Antes de 1 Mes	Antes de 3 Meses	Antes de 6 Meses
<p>Muchos bebés alcanzan las etapas normales aunque sean sordos de uno o ambos oídos. Sólo debe usar estas etapas para vigilar el desarrollo de la audición de su niño si este ha PASADO la prueba de audición o ha sido revisado por un Audiólogo Pediátrico...</p> <p>Meses de Edad</p> <p>2 Se calla cuando oye una voz conocida. Hace sonidos de vocales como a-a-ah, o-o-o</p> <p>4 Busca los sonidos con sus ojos. Usa sonidos como chillidos, quejidos, risitas</p> <p>6 Voltea hacia el sonido. Balbuce ba-ba, ma-ma, da-da</p> <p>9 Imita a los demás. Entiende no-no o bye-bye. Voltea la cabeza hacia los sonidos suaves.</p> <p>12 Usa correctamente ma-ma o da-da</p>	<p><input type="checkbox"/> Prueba en el Hospital Lugar: _____ Fecha de la Prueba: ____/____/____</p> <p>Resultados: <u>Oído Izq.</u> <u>Oído Derecho</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Recomendación <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Repetición de la Prueba Lugar: _____ Fecha de la Prueba: ____/____/____</p> <p>Resultados: <u>Oído Izq.</u> <u>Oído Derecho</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Recomendación <input type="checkbox"/></p> <p>Si su bebé no pasa la evaluación en uno o en ambos oídos, hable con su doctor para que lo mande con un Audiólogo Pediátrico lo más pronto posible.</p> <p>Si su bebé pasa, se hace la prueba y usted debe esperar etapas normales. Asegúrese que su doctor reciba los resultados.</p> <p>www.AZNewborn.com</p>	<p><input type="checkbox"/> Evaluación del Audiólogo Pediátrico. Asegúrese que su doctor reciba el resultado. Lugar: _____ Fecha: ____/____/____</p> <p>Resultados: <u>Oído Derecho</u> <u>Oído Izq.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/></p> <p>Si su bebé tiene SORDERA, los pasos a seguir son:</p> <p><input type="checkbox"/> Prueba de un Otorrinolaringólogo (Oído, Nariz y Garganta) Lugar: _____ Fecha: ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> Medida del audífono (si es apropiado) prestado o audífonos permanentes por un Audiólogo Pediátrico.</p> <p><input type="checkbox"/> Contacte a Hands & Voices para apoyo familiar; por teléfono al 866-685-1050 o en www.AZHV.org</p>	<p><input type="checkbox"/> Regístrelo en el programa de Intervención Temprana, si es sordo de los dos oídos</p> <p>Programa: _____ Fecha: ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> Aprenda sobre opciones de comunicación</p> <p><input type="checkbox"/> Aprenda sobre implantes cocleares, si es aplicable</p> <p><input type="checkbox"/> Visitas regulares a un Audiólogo Pediátrico</p> <p>Evaluaciones:</p> <p><input type="checkbox"/> Oftalmólogo (oculista) Lugar: _____ Fecha: ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> Especialista en Genética Lugar: _____ Fecha: ____/____/____</p> <p>Quizá necesite recomendación de su doctor para ver a estos especialistas</p>

LLEVE ESTO AL DOCTOR DE SU BEBÉ