

# Informe de derivación por evaluación auditiva de emisiones otoacústicas (OAE)

Fecha: \_\_\_\_\_

A los padres/cuidadores de \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Se está derivando a su hijo para evaluaciones adicionales debido a que desaprobó nuestro procedimiento de evaluación auditiva en la escuela. Estamos usando una evaluación auditiva llamada de "emisiones otoacústicas (OAE, por sus siglas en inglés)". Es una evaluación objetiva que registra la respuesta fisiológica del oído interno. Los problemas auditivos podrían hacer que su hijo tenga dificultades de aprendizaje. Se recomienda que lleve a su hijo a su proveedor de atención primaria para que se le realicen más pruebas. Si tiene alguna pregunta sobre los resultados de esta evaluación, comuníquese con la enfermera escolar. Informe a la enfermera de la escuela si su hijo ya está en tratamiento médico por problemas auditivos o si necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención médica. Devuelva el formulario completo a la escuela.

## Resultados del examen de emisiones otoacústicas (OAE)

Emisiones otoacústicas (OAE, por sus siglas en inglés)	Aprobado	Derivar	Comentarios
Oído derecho			
Oído izquierdo			

"Aprobado" en emisiones otoacústicas (OAE) significa que el niño tiene un funcionamiento normal de las células ciliadas externas; sin embargo, esto no descarta una pérdida auditiva leve. Las emisiones otoacústicas (OAE) no evalúan la agudeza auditiva. El sistema auditivo periférico del niño tiene que ser normal o estar dentro de un rango normal para que apruebe este procedimiento auditivo. Un niño con una pérdida auditiva leve de hasta 30-35dB puede aprobar esta evaluación.

"Derivar" en emisiones otoacústicas (OAE) puede significar que 1) el niño tiene una pérdida auditiva potencial o que, 2) el niño puede tener problemas en el oído medio que afectan la capacidad de registrar una respuesta del oído interno.

## RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN (para que lo complete el proveedor de atención médica):

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Plan de tratamiento: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_

Devuelva el formulario a: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ (padre/cuidador) del niño antes mencionado, por el presente documento autorizo al proveedor que completa este informe a devolverlo completo a

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

con el propósito específico de informar a la escuela de cualquier problema auditivo, recomendaciones e instrucciones para los docentes relacionados con los problemas auditivos del niño. Esta autorización caduca una vez que se haya enviado el formulario completo a la escuela antes mencionada.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que el hecho de rehusarme no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago de servicios ni elegibilidad a beneficios para mi hijo; sin embargo, si este formulario no se envía a la escuela, entiendo que la escuela no contará con información suficiente para tratar las necesidades auditivas especiales de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/cuidador)  
HEA 0177 (9/2015)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)