

PROTECCIÓN AUDITIVA



*No siempre
el Silencio
es Oro*

Si su hijo no oye bien o no habla claramente actúe inmediatamente...

Los recién nacidos y niños pequeños con problemas para oír pueden tener dificultades para desarrollar el habla y el lenguaje.

Lista para evaluar si su bebé oye bien

DEL NACIMIENTO A LOS 3 MESES		SÍ	NO		
Reacciona a sonidos fuertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Le gustan los juegos en los que se le dicen cosas ("ya te vi", dar palmaditas, etc)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se calma al oír su voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		DE 15 A 18 MESES	SI NO
Voltea hacia usted cuando usted habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sigue instrucciones simples como "dame la pelota"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lo despiertan ruidos y voces fuertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Utiliza frecuentemente las palabras que conoce	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sonríe cuando se le habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Utiliza oraciones de 2 ó 3 palabras para pedir y hablar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Parece que le reconoce la voz y se calma si está llorando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sabe de 10 a 20 palabras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DE 3 A 6 MESES				De 18 a 24 meses	SI NO
Voltea y mira hacia el lugar de donde viene un sonido nuevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Entiende preguntas simples y responde "sí" o "no" (¿Tienes hambre?)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Responde a la palabra "no" y a cambios en el tono de voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Entiende frases simples ("en la taza", "en la mesa")	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Imita su propia voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Le gusta que le lean cuentos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le gusta las sonajas y otros juguetes que hacen ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Señala figuras cuando se le pide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Comienza a repetir sonidos (como gu-gu, ga-ga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		De 24 a 36 meses	SI NO
Se asusta al oír una voz fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Entiende "ahora no" y "ya no"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DE 6 A 10 MESES		SÍ NO		Escoge objetos por su tamaño (grande, pequeño)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Responde a su nombre, al timbre del teléfono, a la voz de una persona aunque no hable fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sigue instrucciones simples como "ve por tus zapatos" y "toma tu leche"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conoce palabras comunes sobre cosas (taza, zapato) y dichos ("adiós")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Entiende muchas palabras que denotan acción (corre, salta)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Balbucea aún cuando está solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Comienza a responder a instrucciones como "ven para acá"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mira objetos o figuras cuando alguien está hablando de ellos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DE 10 A 15 MESES		SI NO			
Juega con su propia voz y disfruta del sonido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mira o señala objetos o personas conocidas cuando se le pide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Imita palabras y sonidos simples; puede usar y darle sentido a algunas palabras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

HABLE CON SU MÉDICO SI USTED CREE QUE SU HIJO TIENE PROBLEMAS PARA OÍR

- | SÍ | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay alguien más en la familia, incluyendo hermanos o hermanas, con problemas para oír? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La madre tuvo problemas de salud durante el embarazo o el parto (enfermedades o lesiones serias, drogas o medicamentos). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El bebé nació antes de tiempo (prematureo). Al nacer pesó _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El bebé tuvo problemas físicos al nacer. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El niño se frota o tira de una o de las dos orejas con frecuencia. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El niño tuvo escarlatina. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El niño tuvo meningitis. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El niño tuvo _____ infecciones del oído durante el año pasado. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El niño sufre de resfrios, alergias e infecciones del oído una vez al mes _____ con frecuencia _____ |