

ENCUESTA PARA PADRES, APODERADOS Y PROFESORES 201

I.- IDENTIFICACION DE LA ESCUELA

Nombre de la Comuna _____ R.B.D. - Región

Nombre de la Escuela _____ Nombre del Profesor Jefe _____

II.- IDENTIFICACION DEL ALUMNO (A)

1.- Nombre del alumno (a) _____

2.- Run del Alumno - Fecha de Nacimiento

3.- Curso _____ Chile Solidario SI NO

4.- Previsión Fonasa A B C D Isapre _____ FFAA _____

III.- IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE CONTESTA

1.- Nombre _____

2.- Parentesco con el alumno (a) (Marque con una X en el casillero que corresponda)

a.- Padre b.- Madre c.- Otro

ITEM A. ANTECEDENTES PERSONALES (Contestar solamente padre y/o apoderado)

1. Al nacer ¿Requirió ser hospitalizado en UCI neonatal?
2. El menor, ¿Ha presentado Meningitis?
3. ¿Tiene el niño algún familiar, menor de 40 años con problemas de audición?
Quién _____ (padre, madre, hermano/a, abuelo/a, tío/a (hermanos de padres)
4. Salida de líquido o pus del oído repetidamente.
5. Dificultad para oír en ambientes ruidosos.
6. Fija la atención en los labios.
7. Necesita que le repitan palabras y siempre sube el volumen de la TV o radio?.

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ITEM B. ANTECEDENTES DEL COMPORTAMIENTOS QUE PUEDEN INDICAR PERDIDA DE AUDICIÓN (Contestar solamente el profesor (a))

8. Fija la atención en los labios
9. Necesita que le repitan las palabras
10. Presenta retraso en su lenguaje y/o habla, respecto de sus compañeros del mismo nivel
11. Tiene dificultades de aprendizaje
12. El Tono de voz es monótono, sin variaciones de tono o intensidad de la voz (habla más fuerte, sube el volumen de voz)
13. Sospecha que su alumno tiene problemas auditivos:
No sigue órdenes simples dentro de la sala o se aprecia retraído, distraído.

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>