

Appendix B: [tiny-k Services Paper Hearing Screening](#)

Appendix C: [tiny-k/Parents as Teachers OAE Screening Form](#)

Appendix D: [Kan Be Healthy - Risk Indicators for Hearing Loss Checklist - Birth to Age Four](#)

Appendix E: [Kan Be Healthy - Developmental Scales Checklist - Birth to Age 4](#)

Appendix F: [Kan Be Healthy - Hearing Health History Form - Age 5 and Up](#)

Appendix G: [Kan Be Healthy - Early and Periodic Screening, Form](#)

Appendix H: [Hearing Screening Report for Schools](#)

Appendix I: [School Hearing Screening Certification Training Manual](#) - *under revision*

Appendix J: [SoundBeginnings Newborn Hearing Screening Form](#)

tiny-k Services Paper Hearing Screening

Child
Name:

DOB:

Age/A.A.:

Initial Screen
Date:

Hearing			
Pass newborn hearing?	# of ear infections:	Tubes?	When?
Concerns about hearing? Speech? Language?			
Family history of hearing loss			
Additional comments			

Medical (>1 checked suggests referral for hearing evaluation)		
<input type="checkbox"/> Abnormal features (ear, ear canal, mouth, nose, neck, or head)	<input type="checkbox"/> More than 48 hours in NICU	<input type="checkbox"/> Exposed to: Syphilis, Rubella, Cytomegalovirus (CMV), Herpes
<input type="checkbox"/> Diagnosed with a syndrome that could include hearing loss (Down's Syndrome, Usher's, Waardenburg, neurodegenerative disorder, sensory motor neuropathy)	<input type="checkbox"/> Bacterial Meningitis	<input type="checkbox"/> Exchange transfusion due to hyperbilirubinemia, mechanical ventilation, or ECMO
<input type="checkbox"/> Head trauma	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Other
Medical Notes:		

Check items child demonstrates (use adjusted age). >2 unchecked items suggest possible referral for hearing evaluation.

0-3 months	4-6 months	7-9 months	10-12 months	12-18 months
<input type="checkbox"/> Startles or cries to loud sounds	<input type="checkbox"/> Turns eyes/head to search for sounds	<input type="checkbox"/> Turns eye/head/body to source of sound	<input type="checkbox"/> Say's 1-2 words spontaneously	<input type="checkbox"/> Listens to simple stories, songs, or rhymes
<input type="checkbox"/> Reacts to sounds that are close	<input type="checkbox"/> Enjoys sound of musical toys (rattles, bells)	<input type="checkbox"/> Responds to name when called	<input type="checkbox"/> Respond to simple commands	<input type="checkbox"/> Points to several body parts
<input type="checkbox"/> Responds to familiar voice	<input type="checkbox"/> Responds to voices by babbling	<input type="checkbox"/> Attends to music/singing	<input type="checkbox"/> Responds physically to music	<input type="checkbox"/> Responds to simple commands
<input type="checkbox"/> Stops crying when talked to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tries to imitate familiar sounds	<input type="checkbox"/> Can look for a named object that is out of sight	<input type="checkbox"/> Speaks at least 20 words
18-24 months	2-2 ½ years	2 ½ -3 years	3-4 years	4-5 years
<input type="checkbox"/> Answers questions about a picture or book	<input type="checkbox"/> Answers questions about a story	<input type="checkbox"/> Answers questions about a familiar topic	<input type="checkbox"/> Listens attentively and retells stories	<input type="checkbox"/> Recalls 5 facts from a story
<input type="checkbox"/> Names several objects	<input type="checkbox"/> Recognizes family member names	<input type="checkbox"/> Answers questions with yes/no	<input type="checkbox"/> Accurately repeats sentences	<input type="checkbox"/> Identifies words that rhyme or don't rhyme
<input type="checkbox"/> Understands questions like "where" and "what's that"	<input type="checkbox"/> Responds appropriately to location phrases (in or on)	<input type="checkbox"/> Uses 2-3 word sentences	<input type="checkbox"/> Most people can understand them	<input type="checkbox"/> Converses in longer, more complex sentences
<input type="checkbox"/> Hears you call from another room	**Adapted from Hearing First Developmental Milestones, www.hearingfirst.org			

Annual Screening Date:	Annual Screening Notes:
Annual Screening Date:	Annual Screening Notes:

Risk Indicators for Hearing Loss Checklist

(To be used with the **Developmental Scales** form when performing KBH screens for birth through four years of age.)

Child's name: _____ Birthdate: _____

What was your child's birth weight? _____ Premature? _____ By how many weeks? _____

Was the child's hearing screened as a newborn? Yes ___ No ___ Unknown ___

Results of the testing/screening: _____

Has your child's hearing been tested or screened since birth? Yes ___ No ___ Unknown ___

Results of the testing/screening: _____

Directions: Mark an X in the appropriate column. If an indicator exists but has been referred in a previous screening, note to whom the child was referred and note the follow-up recommendations.

{N = indicator for infants birth through 28 days old who *did not* have newborn hearing screening; for children older than 28 days, answer all questions.}

YES NO

___ ___ 1. Do you have a concern about your child's hearing, speech, language or other development delay?
List concerns: _____

___ ___ 2. **N** As a newborn, did your child have an illness/condition requiring 48 hours or more in the NICU?
Explain: _____

___ ___ 3. **N** Was your child exposed to any of the following during the mother's pregnancy? Check all that apply:
toxoplasmosis syphilis rubella cytomegalovirus herpes unknown

___ ___ 4. **N** Does your child have any abnormal features of the outer ear, ear canal, mouth, nose, neck or head?
Explain: _____

___ ___ 5. **N** Have any of your child's relatives had a permanent hearing loss before the age of 5?
Explain: _____

___ ___ 6. **N** Was your child diagnosed at birth as having a syndrome or condition known to include a sensorineural or conductive hearing loss or eustachian tube dysfunction?
Explain: _____

___ ___ 7. Has your child been diagnosed as having any syndromes associated with progressive hearing loss such as Down, Usher, Waardenburg; a neurodegenerative disorder such as Hunter syndrome; or sensory motor neuropathies such as Friedreich's ataxia or Charcot-Maire-Tooth Syndrome?
Explain: _____

___ ___ 8. Has your child had bacterial meningitis (or other postnatal infections) associated with hearing loss?
If yes, at what age? _____ Hearing testing since then? _____

___ ___ 9. Has child ever had any head trauma?
Explain: _____

___ ___ 10. As a newborn, did your child need an exchange transfusion because of hyperbilirubinemia, or have the need for mechanical ventilation, or conditions requiring ECMO?
Explain: _____

___ ___ 11. Has your child had otitis media with effusion that lasts for more than 3 months? Yes ___ No ___
If yes, were tubes placed? Yes ___ No ___ If yes, when? _____ Are they in place now? Yes ___ No ___

Note: The presence of any risk indicator denotes need for screening every six months up to three years of age or as otherwise indicated by an audiologist.

Pass = All "NO" responses. Refer = One or more "YES" response(s). Check One: Pass Refer

If other, explain: _____

Screener: _____ Date: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.

LISTA DE INDICADORES DE RIESGO DE LA PÉRDIDA DE OÍDO

(Para uso con forma de escalas de desarrollo cuando haga chequeo de KBH de nacimiento a cuatro años de edad.)

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿Cuál era el peso de nacimiento de su niño(a)? _____ ¿Fue prematuro(a)? _____ ¿Por cuantas semanas? _____

¿De recién nacido(a), se le hizo examen de oído a su niño(a)? Sí _____ No _____ Desconocido _____

Resultados del examen _____

¿Después de nacimiento, se le ha hecho un examen de oído a su niño(a)? Sí _____ No _____ Desconocido _____

Resultados del examen _____

Nombre del doctor primario del niño: _____

Instrucciones: Marque una X en la columna apropiada. Si un indicador existe pero ha sido referido en un examen previo, anote a quién refirieron a el niño(a) y anote las recomendaciones de seguimiento.

[N = indicador para infantes de nacimiento a 28 días de nacido quienes no tuvieron examen de oído de recién nacidos. Para niños mayores de 28 días, conteste todas las preguntas.]

SÍ NO

- ____ ____ 1. ¿Tiene una preocupación sobre la audiciencia, el habla, lenguaje o retraso de desarrollo de su niño(a)?
Escriba preocupaciones: _____
- ____ ____ 2. ¿De recién nacido, tuvo su niño(a) una enfermedad/condición que requiriera 48 horas o más en la Unidad de Cuidado Intensivo de Recién Nacidos? Explique: _____
- ____ ____ 3. ¿Fue el niño(a) expuesto a cualquiera de los siguientes durante el embarazo de la madre? Marque todos que apliquen:
toxoplasmosis sífilis rubéola
citomegalovirus herpes desconocido
- ____ ____ 4. ¿Tiene su niño(a) partes anormales del oído externo, canal del oído, boca, nariz, cuello, o cabeza?
Explique: _____
- ____ ____ 5. ¿Algún pariente de su niño(a) tuvo pérdida del oído permanente antes de la edad de 5 años?
Explique: _____
- ____ ____ 6. ¿Al nacer, fue su niño(a) diagnosticado(a) con un síndrome o condición conocida a incluir una sordera neurosensorial o conductiva o Disfunción de la Trompa de Eustaquio?
Explique: _____
- ____ ____ 7. ¿Ha sido diagnosticado su niño(a) con cualquier síndrome asociado con sordera progresiva tal como Down, Usher, Waardenburg; un desorden neurodegenerativo tal como el Síndrome de Hunter; o neuropatías sensorimotoras tal como Friedrich's ataxia o síndrome Charcot-Marie-Tooth?
Explique: _____
- ____ ____ 8. ¿Ha tenido su niño(a) bacteria meningitis (u otras infecciones pos-natales) asociadas con sordera? ¿Si sí, a qué edad?
Examen de audición desde entonces? _____
- ____ ____ 9. ¿Alguna vez el niño(a) ha tenido algún trauma de cabeza?
Explique: _____
- ____ ____ 10. ¿De recién nacido, tuvo su niño(a) un cambio transfusión a causa de hiperbilirrubinemia, o tiene la necesidad de ventilación mecánica, o condiciones que requieren la Oxigenación por Membrana Extracorpórea?
Explique: _____
- ____ ____ 11. Ha tenido su niño(a) otitis media con efusión que dure más de 3 meses? Sí _____ No _____
¿Si sí, le pusieron tubos? Sí _____ No _____ ¿Si sí, cuando? _____
¿Los tiene puestos ahora? Sí _____ No _____

Nota: La presencia de cualquier indicador de riesgo denota lo necesidad a un examen cada 6 meses hasta la edad de 3 años, o de otra manera indicado por el audiólogo.

Pasó = Todas respuestas "NO" Referir = Una o más "SÍ" respuestas

Marque Uno: Pasó Referir Si otro, explique: _____

Proveedor que hizo el chequeo: _____ Fecha: _____

Developmental Scales

(To be used with Risk Indicators for Hearing Loss Checklist when performing KBH screens for birth through four years of age.)

Name: _____ Date of birth: _____

Child's chronological age _____ Premature _____ months Adjusted age _____

Does your child: (Please check questions in the appropriate age category – use adjusted age)

Birth to 4 months	Yes	No	Yes	No
Startle or cry to loud noises?			Respond to a familiar voice?	
Awaken to loud sounds?			Stop crying when talked to?	
Stop moving when a new sound is made?				

4 to 8 months	Yes	No	Yes	No
Stir or awaken when sleeping quietly and someone talks or makes a loud noise?			Cry when exposed to a sudden or loud sound?	
Try to turn head toward an interesting sound or when name is called?			Make several different babbling sounds?	
Listen to a soft musical toy, bell, or rattle?				

8 to 12 months	Yes	No	Yes	No
Respond in some way to the direction "no"?			Stir or awaken when sleeping quietly and someone talks or makes a loud sound?	
React to name when called?			Try to imitate you if you make familiar sounds?	
Turn head toward the side where a sound is coming from?			Use variety of different consonants and vowels when babbling (cononical babbling*)?	

12 to 18 months	Yes	No	Yes	No
Say "mama" or "dada" and imitate many words you say?			Turn head to look in the direction where the sound came from when an interesting sound is presented?	
Respond to requests such as "come here" and "do you want more"?			Wake up when there is a loud sound?	

18 to 24 months	Yes	No	Yes	No
Try to sing?			Speak at least 20 words?	
Point to several different body parts?			Request by name items such as milk or cookies?	
Respond to simple commands such as "put the ball in the box"?				

2 to 5 years	Yes	No	Yes	No
Point to a picture if you say "Where's the _____"?			Listen to TV or radio at same loudness level as other family members?	
Talk in short sentences?			Hear you when you call child's name from another room?	
Notice most sounds?				

(*Cononical babbling is defined as nonrepetitive babbling using several consonant and vowel combinations, such as "itika," "dabata," "omada." It is quite different from common babbling such as "dada," "mama," or "baba.")

Pass = All "YES" responses or only one "NO" response. Refer = Two or more "NO" responses.

Check one: Pass Refer If other, explain: _____

Screener: _____ Date: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.

ESCALAS DE DESARROLLO

(PARA USO CON INDICADORES DE PERDIDA DE OIDO DE CHEQUEOS DE KBH DE RECIEN NACIDOS A CUATRO ANOS DE EDAD.)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad Cronológica del Niño _____ Prematuro _____ meses Edad ajustada _____

¿SU NIÑO(A): (Por favor marque las preguntas en la categoría de la edad apropiada – use **edad ajustada**.)

- | SÍ | NO | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | De nacimiento a 4 meses |
| _____ | _____ | se asusta o llora con ruidos fuertes? |
| _____ | _____ | se despierta con sonidos fuertes? |
| _____ | _____ | para de moverse cuando se hace un sonido nuevo? |
| _____ | _____ | responde a una voz familiar? |
| _____ | _____ | para de llorar cuando se le habla? |
|
 | | |
| _____ | _____ | 4 a 8 meses |
| _____ | _____ | se mueve o despierta cuando duerme sin ruido y alguien habla o hace un ruido fuerte? |
| _____ | _____ | intenta voltear la cabeza hacia un sonido interesante o cuando se le llama por su nombre? |
| _____ | _____ | escucha un juguete musical, campana, o sonaja? |
| _____ | _____ | llora cuando está expuesto a un sonido repentino o ruidoso? |
| _____ | _____ | hace varios sonidos de charla? |
|
 | | |
| _____ | _____ | 8 a 12 meses |
| _____ | _____ | responde de cierta manera a la instrucción de “no” |
| _____ | _____ | reacciona cuando se le llama por su nombre? |
| _____ | _____ | voltea hacia el lugar de donde viene un sonido? |
| _____ | _____ | se mueve o despierta cuando duerme sin ruido y alguien habla o hace un sonido fuerte? |
| _____ | _____ | intenta imitarle si usted hace sonidos familiares? |
| _____ | _____ | usa una variedad de consonantes y vocales cuando charla (charla canonical*)? |
|
 | | |
| _____ | _____ | 12 a 18 meses |
| _____ | _____ | dice “mama” o “dada” e imita muchas palabras que usted dice? |
| _____ | _____ | responde a peticiones tales como “ven aquí” y “quieres más”? |
| _____ | _____ | voltea para mirar en la dirección de donde el sonido vino cuando se presenta un sonido interesante? |
| _____ | _____ | despierta cuando hay un sonido ruidoso? |
|
 | | |
| _____ | _____ | 18 a 24 meses |
| _____ | _____ | intenta cantar? |
| _____ | _____ | señala a varias diferentes partes del cuerpo? |
| _____ | _____ | responde a comandos simples tales como “pon la pelota en la caja”? |
| _____ | _____ | habla por lo menos 20 palabras? |
| _____ | _____ | pide cosas por nombre tales como leche o galletas? |
|
 | | |
| _____ | _____ | 2 a 5 años |
| _____ | _____ | señala a una foto si usted dice “Donde esta _____?” |
| _____ | _____ | habla con frases pequeñas? |
| _____ | _____ | nota la mayoría de los sonidos? |
| _____ | _____ | escucha la televisión o el radio en el mismo nivel de sonido como otros miembros de la familia? |
| _____ | _____ | le oye cuando usted le llama por su nombre de otro cuarto? |

(*Charla canonical es definido como charla no-repetitiva usando varias combinaciones de consonantes y vocales, tal como “itika”, “dabata”, o “omada”. Es bastante diferente a una charla común, tal como “dada”, “mama”, o “baba”.)

Pasó = Todas respuestas “SÍ” o solamente una respuesta “NO” Referir = Dos o más “NO” respuestas

Marque Uno: Pasó Referir Si otro, explique: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED

Hearing Health History

For use with KBH screens for children 5 years of age and older.

Children who have had multiple ear infections and periods of hearing loss are more likely to have language, vocabulary, and listening difficulties. Some history is beneficial for a more complete evaluation. Parent(s) or guardian(s), please provide the following information.

Child's name: _____ Birthdate: _____

Primary care physician: _____

	Yes	No
1. Did your child have any ear problems* before the age of 1?	_____	_____
2. Has your child ever had a draining ear?	_____	_____
3. Approximately how many ear problems has your child had in his/her life? 0-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 10 or more <input type="checkbox"/>	_____	_____
4. Does your child tend to have 4 or more ear problems each year?	_____	_____
5. Has your child had an ear problem in the last 6 months?	_____	_____
6. Has your child ever had an ear problem that lasted 3 months or longer?	_____	_____
7. Has anyone related to the child had many ear problems?	_____	_____
8. Has your child ever been seen by an ear specialist? If yes, what doctor? _____ Month/year of last visit? _____	_____	_____
9. Has your child ever had tubes placed in his/her eardrum? If yes, how many times? _____ At what age(s)? _____ Which ear? _____	_____	_____
10. Are you concerned about your child's hearing?	_____	_____
11. Please mark all that apply to your child: chicken pox <input type="checkbox"/> head injury <input type="checkbox"/> meningitis <input type="checkbox"/> episode of high fever <input type="checkbox"/> other serious health condition such as cancer <input type="checkbox"/> Please describe the condition: _____		

* Ear problem = ear infection, earaches, draining from ears, medicine taken for ears, fluid behind the eardrum, hole in eardrum, etc.

REFERRAL IS REQUIRED IF A CHILD ANSWERS YES TO ANY ONE INDICATOR ON AN INITIAL HEARING PAPER SCREEN.

Screener: _____ Date: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.

HISTORIAL DE SALUD DE AUDICIÓN
Para uso de Chequeos KBH para niños de cinco años.

Los niños que han tenido muchas infecciones del oído y periodos de sordera son mas probables a tener dificultades de lenguaje, vocabulario, y para escuchar. Cierta historia es beneficiosa para una evaluación más completa.

Padres o guardián(es), por favor contesten las siguientes preguntas:

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Doctor primario: _____

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Su niño(a) tuvo problemas* del oído antes de la edad de 1 año? | SI | NO |
| 2. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido liquido en el oído? | SI | NO |
| 3. ¿Aproximadamente cuantos problemas de oído ha tenido su niño(a) en su vida?
0-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 10 o más <input type="checkbox"/> | | |
| 4. ¿Su niño(a) suele tener 4 o más problemas de oído al año? | SI | NO |
| 5. ¿Su niño(a) ha tenido un problema del oído durante los últimos 6 meses? | SI | NO |
| 6. ¿Su niño(a) ha tenido un problema del oído que duro 3 meses o más? | SI | NO |
| 7. ¿Alguna persona relacionada al niño(a) ha tenido muchos problemas del oído? | SI | NO |
| 8. ¿Alguna vez a visto un especialista a su niño(a)? | SI | NO |
| ¿Si sí, que doctor? _____ | | |
| ¿Mes/Año de la última visita? _____ | | |
| 9. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido tubos colocados en el tímpano? | SI | NO |
| ¿Si sí, cuántas veces? _____ | | |
| ¿En/A qué edad(es)? _____ | | |
| ¿Cuál oído? _____ | | |
| 10. ¿Le preocupa la audiciencia de su niño(a)? | SI | NO |
| 11. Por favor marque todos que apliquen a su niño(a): | SI | NO |

Viruela lesión en la cabeza meningitis episodio de fiebre muy alta

Otras condiciones serias como cáncer

Por favor describa la condición

*Problema del oído = infección del oído, dolor de oídos, medicina que se tomó para los oídos, líquido detrás del tímpano, agujero en el tímpano, etc.

REFERENCIA ES NECESARIA SI UN NIÑO RESPONDE DI A CUALQUIER UN INDICADOR EN UNA PANTALLA DE PAPEL DE LA AUDIENCIA INICIAL.

Screener: _____

Date: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.



KAN Be Healthy - Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment Screening

ID number:

Name	Date of birth	Age	Date of screen

PHYSICAL GROWTH (An update of the growth chart is required at each screen.)

T	Weight (lbs/kg)	%		Head circumference (Birth-24 months)
P	Length (cm/in) Birth-24 months		Weight/length%	cm/in
R	Height (cm/in) (2-20 years)			%
BP	BMI*	%	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>

*If the BMI is greater than or equal to 85%, recommend appropriate nutrition input and physical activity.

BENEFICIARY & FAMILY HISTORY

Refer to completed history form in chart. <input type="checkbox"/>	Present concerns
No changes in medical Hx unless indicated. <input type="checkbox"/>	
Patient currently in foster care, no previous Hx. <input type="checkbox"/>	Medications
Previous Hx reviewed from visit on:	
Allergies (food and drug)	Serious illness/accidents (If yes, date & type.) (including hospital or ER visits)
Birth history (measurements & complications)	Operations (If yes, date & type.)

Diseases & issues (Circle and indicate relationship: P - parent, G - grandparent, B - brother, S - sister, SELF.)

Asthma	Colds/sore throat	Epilepsy/seizures	Lung disease	Speech/visual/hearing
Birth defect	Diabetes	Headaches	Mental illness	Ulcers/colitis
Blood disorder/sickle cell	Drug or ETOH abuse	High blood pressure	Obesity	Urinary/bowel
Cancer	Earaches	Kidney/liver disease	Scoliosis/arthritis	Heart disease/stroke

BODY SYSTEMS (Check and comment appropriately.)

SYSTEMS	WNL	ABN	Comments (describe any abnormal findings)
General appearance			
Integumentary			
Head/neck			
Eyes/ears/nose/throat			
Oral/dental			
Pulmonary			Lung sounds?
Cardiovascular			Murmur?
Abdomen/gastrointestinal			
Genitourinary			Tanner score Menstrual bleeding evaluation Enuresis
Trunk/spine			
Musculoskeletal			
Neurological			

LAB/IMMUNIZATIONS (circle and complete as applicable)

Follow the recommended immunization schedule approved by the ACIP, AAP, and AAFP.

Copy of record in chart:	Parent requested	Referred to VFC provider	Current	Behind	Unknown
Immunizations given today:					
Obtain CBC <small>with automated differential</small>	Male - Age 15	Female - Time of menarche	9-12 mos	Annual*	

*Required depending on lifestyle and health needs. Reference the KBH-EPSTD Provider Manual.

Was CBC obtained? YES NO Indicate further follow-up in Plan of Care.

The Blood Lead Questionnaire is a separate document.

<input type="checkbox"/> Negative screen	<input type="checkbox"/> Positive screen - draw blood level
--	---

Ages 0-3: Corneal light reflex present YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ages 3-20 Bruckner exam Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/>
All ages Outer inspection	Distance acuity Score L _____ R _____ Both _____ Tool used _____
Eye tracking	Near acuity Score L _____ R _____ Both _____ Tool used _____
Ocular motility (strabismus/cross cover test)	Last exam _____

DENTAL

It is recommended assessment preventative dental services and oral treatments begin at 6-12 months of age and repeat every 6 months or as needed.

Sees dentist? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fluoride varnish? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Last dental exam date: _____	Dental referral: _____

HEARING SCREEN

Maintain in record completed paper hearing screens and report or qualifying hearing screen procedure and report.

Birth-4 years	Risk Indicators for Hearing Loss & Hearing Developmental Scales	Pass <input type="checkbox"/>	Refer <input type="checkbox"/>
4-21 years	Hearing Health History	Pass <input type="checkbox"/>	Refer <input type="checkbox"/>
Screen procedure _____			

NUTRITION

WIC participant <input type="checkbox"/>	Referred to WIC <input type="checkbox"/>
Formula <input type="checkbox"/>	Breastfeeding <input type="checkbox"/>
Amount & frequency _____	

Number of servings per day

Bread/cereal	Fruit	Vegetable	Protein source	Dairy	Fat/sweet/sugar
--------------	-------	-----------	----------------	-------	-----------------

Fluid intake per day (ounces)

Water	Milk	Soda	Juice
-------	------	------	-------

PHYSICAL ACTIVITY (circle all that apply)

Biking	Basketball	Skating	Walking	Other sports	Playing outside
--------	------------	---------	---------	--------------	-----------------

DEVELOPMENTAL/EMOTIONAL Refer to the ACIP, AAP, and AAFP for recommended developmental tools.

A completed developmental screening tool (indicate tool used): _____

Birth-6 years	Include the screener's interpretation and report regarding meeting developmental milestones				
6-21 years	Include the screener's interpretation and report or document all developmental/emotional below				
Sleep habits	Tired/overactive?	Special education			
Discipline	Vocational concerns?	Special needs			
Grade level	Average grades	Exercise			
Emotional observations _____					

Pregnant? NO YES **If YES, complete the following:**

Prenatal vitamins? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Prenatal record initiated? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Referred for OB/GYN care? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Referred to: _____		

HEALTH EDUCATION & ANTICIPATORY GUIDANCE (circle all that apply)

Behavior/discipline	Family planning	Parenting	Oral/dental	Development	Physical activity	Substance abuse	Nutrition
Self breast exam	Self testicular exam	Sexuality	Safety/poisons	Immunization	Weapon safety	Exercise	Lifestyle
Other _____							

RESULTS/PLAN OF CARE

Screening results _____
Plan/referrals (dental, vision, hearing, dietary) _____
Recommended return date _____

Parent/caregiver and/or patient informed of KBH - EPSDT screen findings and verbalizes YES NO understanding of findings and recommendations.

Parent/caregiver or patient signature _____ Date _____

Screening provider signature _____

A licensed physician, ARNP, PA, or registered nurse can perform KBH - EPSDT screens.



KAN Be Healthy -Temprano y Periódico Chequeo, Diagnostico, y Chequeo de Tratamiento

Numero de ID:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Fecha de chequeo

CRECIMIENTO FISICO (Actualización del crecimiento físico es requerido en cada chequeo.)

T	Peso (lbs./kg)	%		Circunferencia de cabeza (Nacimiento-24 meses)
P	Largo (cm/in) Nacimiento-24 meses		Peso/Largo%	cm/in
R	Estatura (cm/in) (2-20 años)			%
BP	BMI* (índice de masa corporal)	%	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>

*Si el BMI es más o igual al 85%, recomendamos aporte de nutrición apropiada y actividad física.

BENEFICIARIO E HISTORIA FAMILIAR

Consulte la forma historial completa en grafica <input type="checkbox"/>	Preocupación actual
No hay cambios Hx (Historia) a menos que se indique. <input type="checkbox"/>	
Paciente actualmente está en cuidado temporal, no hay Hx. <input type="checkbox"/>	Medicamentos
Hx anterior revisado de visita en:	
Alergias (comida o medicamento)	Enfermedad grave/Accidentes (Si hay, fecha y tipo.) (incluya hospital y visitas de emergencia)
Historial del parto (medidas y complicaciones)	Operaciones (Si hay, fecha y tipo.)

Enfermedades y Complicaciones (Circule e indique el parentesco: P - padres, G - abuelos, B - hermanos, S - hermanas, MISMO/A.)

Asma	Cátaro/dolor de garganta	Epilepsia/convulsiones	Enfermedad de Pulmón	Habla/visual/auditivo
Malformación Congénita	Diabetes	Dolor de Cabeza	Enfermedad Mental	Úlcera/colitis
Trastorno de Sangre/célula falciforme	Drogas o abuso de ETOH (alcohol)	Presión Alta	Obesidad	Urinario/intestinos
Cáncer	Dolor de oído	Enfermedad de Riñón/hígado	Escoliosis/artritis	Cardiopatía/derrame cerebral

SYSTEMA DEL CUERPO (Marque y complete apropiadamente.)

SYSTEMAS	WNL	ABN	Comentarios (describa si encontró algo anormal)
Apariencia General			
Tegumentario			
Cabeza/ Cuello			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Oral/dental			
Pulmonar			Sonidos de pulmón?
Cardiovascular			Murmullo?
Abdomen/gastrointestinal			
Genitourinario			Marcador Tanner Evolución menstrual sangrante Enuresis
Tronco/espina dorsal			
Musculo esquelético			
Neurológico			

LABORATORIO/INMUNIZACION (Circule y complete como aplique.)

Siga el recomendado horario de inmunización aprobado por ACIP, AAP, and AAFP.

Copia de drifica de registro:	Solicitado por cual padre	Referido al proveedor de VFC (vacunas para niños)	Actual	Atrasado	Desconocido
Inmunización dada hoy:					
Obtener CB con diferencial automático	Hombre -15 años	Mujer - cuando menarquia	9-12 meses	Anual*	

*Requerido dependiendo en el tipo de vida y necesidades de salud. Refiérase al manual de proveedor de KBH - EPSDT.

CBC fue obtenido? SI NO Indique si seguimiento con su plan de salud.

El Cuestionario de Plomo en la Sangre es un documento separado.	
<input type="checkbox"/> Chequeo negativo	<input type="checkbox"/> Chequeo positivo - extraer nivel de sangre



KAN Be Healthy -Temprano y Periódico Chequeo, Diagnostico, y Chequeo de Tratamiento

CHEQUEO DE VISION

Edades 0-3: reflejo de luz corneal presente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edades 3-20 Examen de Bruckner Aprobado <input type="checkbox"/> Referir <input type="checkbox"/>
Todas edades Inspección externa	Calificación de distancia aguda I _____ D _____ Ambos _____ Herramienta usada
Rastreo de Ojo	Calificación de aguda cerca I _____ D _____ Ambos _____ Herramienta usada
Motilidad ocular (Estrabismo/prueba de oclusión cruzada)	Ultimo examen

DENTAL

Se le recomienda servicios preventivos y tratamientos orales empezando de 6-12 meses de edad y repetir cada 6 o más si es necesario.

Ve al dentista? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Barniz de flúor? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fecha de su último examen dental:	Referencia dental:

CHEQUEO AUDITIVO

Mantenga registro de chequeos auditivos completas en papel y reporte o procedimiento de chequeos auditivos calificases y reportes.

Nacimiento-4 años	Indicadores de alerta de pérdida de audición y escuchar escalas de desarrollo	Aprobado <input type="checkbox"/> Referir <input type="checkbox"/>
4-21 años	Historia de la salud auditiva:	Aprobado <input type="checkbox"/> Referir <input type="checkbox"/>
Procedimiento de chequeo		

NUTRICION

Participante de WIC <input type="checkbox"/>	Referir a WIC <input type="checkbox"/>
Formula <input type="checkbox"/> Amamantamiento <input type="checkbox"/>	Cantidad y frecuencia

Numero de porciones al día

Pan/cereal	Fruta	Vegetables	Fuente de Proteína	Lechería	Grasa/dulces/azúcar
------------	-------	------------	--------------------	----------	---------------------

Ingesta de líquidos por día (onzas)

Agua	Leche	Soda/Refresco	Jugo
------	-------	---------------	------

ACTIVIDAD FISICA (circule todas las que aplique)

Ciclismo	Baloncesto	Patinar	Caminar	Otros Deportes	Jugar Afuera
----------	------------	---------	---------	----------------	--------------

DESARROLLO/EMOCIONAL Referir a ACIP, AAP, and AAFP para herramientas de desarrollo recomendadas.

Herramienta de desarrollo completa (indique la herramienta usada): _____

Nacimiento-6 años	Incluya la interpretación del paciente y reporte en referencia a desarrollos en juntas				
6-21 años	Incluya la interpretación del paciente y reporte o documento todo desarrollo/ emocional abajo				
Hábitos de dormir	Cansado/hiperactiva?	Educación especial			
Disciplina	Preocupación vocacional?	Necesidades especiales			
Nivel de grado	Promedio de grados	Ejercicio			
Observaciones emocionales					

Embarazada? NO SI Si si, conteste lo siguiente:

Vitaminas prenatales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Grafica prenatal iniciada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fue referida a un obstetra? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Referida a:		

EDUCACION DE SALUD & ORIENTACION ANTICIPADA (circule todas las que aplique)

Conducta/disciplina	Inmunización	Oral/dental	Seguridad de armas	Desarrollo	Actividad fisica	Ejercicio	Nutrición
Autoexamen testicular	Auto examen de los senos	Sexualidad	Seguridad/venenos	Crianza de los hijos	Planificación familiar	Abuso de sustancias	Tipo de vida
Otras							

RESULTADOS/ PLAN DE CUIDADO

Resultados del chequeo
Plan/referencia (dental, visión, auditivo, dietético)
Recomendado fecha de retorno

Padre/cuidador y/o paciente informado de KBH - EPSDT resultados del chequeo y vocaliza entendimiento de resultados y recomendaciones. SI NO

Firma de padre/cuidador o paciente _____ Fecha _____

Firma del proveedor que realizo el chequeo _____

Medico con licencia, ARNP, PA, o enfermera registrada puede hacer los KBH - EPSDT chequeos.

HEARING SCREENING REPORT

Name: _____ D.O.B.: _____

Location of Screening: _____

SWEEP FREQUENCY SCREENING

Check (✓) One: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Rescreen	Date: _____ Screened by: _____
---	-----------------------------------

SWEEP FREQUENCY RESCREENING

Check (✓) One: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Rescreen with threshold screen	Date: _____ Screened by: _____
---	-----------------------------------

THRESHOLD SCREENING

RE	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	LE	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	6000 Hz

Check (✓) One: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Does not meet referral criteria. Rescreen in one year	Date: _____ Screened by: _____
--	-----------------------------------

VISUAL INSPECTION

Does child have ventilation tubes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, indicate which ear(s) <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left	Comments: _____
Check (✓) One: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer	Date: _____ Screened by: _____

TYMPANOMETRY SCREENING

	Physical Volume:	Compliance:	Tube Patent:	Comments:
Right Ear:			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	
Left Ear:			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA	

Check (✓) One: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Refer	Date: _____ Screened by: _____
---	-----------------------------------

RECOMMENDATIONS

Check (✓) One: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Rescreen in 2 to 4 weeks <input type="checkbox"/> Medical Referral & Rescreen <input type="checkbox"/> Medical & Audiological Referral <input type="checkbox"/> Audiological Referral
Comments: _____ _____ _____

SoundBeginnings

KANSAS HEARING SCREEN FORM

Screening Facility: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Mother's Name: _____

Primary Care Physician: _____

Date Hearing Screened: _____

Physiologic Equipment Used OAE AABR

Results of the hearing screen

Right Ear Normal Abnormal

Left Ear Normal Abnormal

Name of Screener: _____

**This child has been referred on for audiologic assessment to*

On ___/___/___ at _____

Release of Information: I authorize the release of records to KDHE SoundBeginnings Hearing Screening Program, Primary Care Physician, Pediatric Audiologist, Early Head Start, Parents As Teachers, Infant Toddler Early Intervention, and medical home provider for further treatment if required

Parent Signature _____

Date _____

SOUNDBEGINNINGS Newborn Hearing Screening Program
Curtis State Office Building, 1000 SW Jackson St., Ste. 220, Topeka, KS 66612-1274
785-368-8376 | Fax 785-559-4240 | www.soundbeginnings.org

Please Fax this Form to 785-559-4240