

**Si usted tiene preguntas sobre la audición de su bebe, hable con el doctor de su bebe o el proveedor de salud de su bebe.**

**Avances en el Desarrollo del Oír y el Habla en su Bebe .**

..

### **Nacimiento a 3 Meses de Edad**

- Parpadea o salta cuando ocurre un sonido alto y repentino
- Calla y sonrío al hablarle
- Hace sonidos como “ohh,” “ahh”

### **3 a 6 Meses de Edad**

- Busca sonidos con los ojos
- Reconoce la voz de sus padres
- Usa muchos sonidos, chillidos y sonrisitas

### **6 a 9 Meses de Edad**

- Voltea la cabeza hacia sonidos
- Entiende “no-no” o “bye-bye”
- Hace sonidos como (“baba,” “mama,” “gaga”)

### **9 a 12 Meses de Edad**

- Repite palabras simples y sonidos que usted hace
- Usa correctamente “mama” o “papa”
- Responde a canciones o música
- Apunta a sus juguetes favoritos cuando se le pide

### **¿Dónde puedo recibir mas información?**

- Llame al 1-866-493-1090 o para usar servicios de TTY marque 7-1-1
- Visite la pagina web [www.vahealth.org/hearing](http://www.vahealth.org/hearing)

# **¿Podrá Oír Su Bebe?**



**Asegúrese Que Se Le Haga La  
Prueba de Audición A Su Bebe Antes  
de 1 Mes de Edad**

Programa de Virginia para la Temprana Detección  
y Intervención Auditiva

# Detectar pérdida de audición **temprano** puede hacer una gran diferencia en cuanto el aprendizaje y desarrollo de su bebe.



Asegúrese que se le haga la prueba de audición a su bebe antes de salir del hospital. (Si su bebe no es nacido en un hospital, asegúrese que su bebe tenga la prueba de audición antes de **1 mes** de edad.)



Si su bebe no paso esta prueba de audición – inmediatamente haga una cita con un audiólogo, para una completa evaluación auditiva y diagnosis antes de que su bebe cumpla **3 meses** de edad.



Si su bebe es diagnosticado con pérdida de audición, empiece servicios de intervención temprana antes de **6 meses** de edad.



## ¡Ayude a su bebe a empezar con **Sonido sano!**

### El resultado de la prueba del oído de su bebe

Su bebe, \_\_\_\_\_, nacido \_\_\_\_\_  
(nombre) (fecha de nacimiento)

Recibió la prueba del oído el día \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(fecha) (hospital o clínica)

Los resultados fueron: Oído Derecho: Paso No Paso

(Circule el resultado de cada oído)

Oído Izquierdo: Paso No Paso

Fecha de la siguiente cita (sí es necesaria): \_\_\_\_\_

**Este seguro que el doctor de su bebe o el proveedor de salud de su bebe conozca los resultados.**

**Guarde los resultados con el registro medico de su bebe.**

