IDAHO SOUND BEGINNINGS
REFERENCIA PARA UNA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA AUDITIVA

(Referral for Diagnostic Audiologic Evaluation)

HOSPITAL: _____ Fecha de Hoy: _____

NOMBRE DEL BEBÉ: _____(M) __ (F) __ **FECHA DE NACIMIENTO**: _____

Apellido de la Madre (si es diferente del bebé): _____

▫ **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN MÉDICA**: [ ]

Resultados: Derecho_____ Izquierdo_____ *(Inpatient Screen)* Método de Evaluación: ABR ___OAE___

Derecho_____ Izquierdo_____ *(Outpatient Screen)*

▫ **MÉDICO PRINCIPAL DEL BEBÉ**: _____

▫ **PADRE/GUARDIÁN**:

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad: _____ Estado: _____Código Postal: _____

Teléfono: _____

▫ **REFERIDO AL AUDIÓLOGO/CLÍNICA**:

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad: _____ Estado: _____Código Postal: _____

Teléfono: _____

FECHA DE LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA (SI SE SABE): _____

FACTORES DE RIESGO:

__Historia de familia (permanente perdida audiencia de n ínez)
__Edad de gestación (<32 semanas)
__Síndrome relacionado co HL
__Bajo peso de nacimiento (<3.3 lbs)
__Infeccion de congénito (e.g. T-O-R-C-H)
__Infeccion despues de nacimiento (e.g. Meningitis)
__Hyperbilirubinemia (require una transfucion)
__Anormalidad craniofacial
__Bajo Apgar marcas (<4/1 or 6/5)
__Ventilación mecánico > 10 dias
__Medicamientos ototoxic
__Otro _____

Si se necesita <u>asistencia financiera</u> para la evaluación auditiva, puede obtener información llamando al <u>Idaho CareLine al 1-800-926-2588</u> (operadora), 208-332-7205 (TTY).

Por la presente le concedo permiso al personal del hospital mencionado arriba para liberar la información médica necesaria para completar la evaluación auditiva para mi hijo, al audiólogo/clínica (o el audiológo de mi preferencia) y al médico mencionados arriba. También concedo permiso para que el audiólogo ya mencionado comparta los resultados de la evaluación auditiva y diagnóstica con el personal del hospital donde nació el bebé, con el médico mencionado arriba, con el Programa de Bebés y Niños Pequeños de Idaho (*Idaho Infant-Toddler Program*) y con el Proyecto para la Detección e Intervención Temprana de Problemas Auditivos (*Idaho Early Hearing Detection and Intervention Project*) y *Mano y Voces de Idaho*. Yo entiendo la información será usada para asegurar que los servicios médicos, educativos y auditivos disponibles para mi hijo son apropiados y hechos a tiempo. Yo entiendo que esta información no será compartida con personas sin autorización.

▫ **PADRE/GUARDIÁN**: _____ **Fecha**:_____

(Firma Requeizido)

TO THE SCREENER: Please return this form within <u>10 days</u>* of referral date to:

(Para el Evaluador: Por favor regrese este formulario dentro de 10 días de la fecha de referencia a:)

Idaho Sound Beginnings (EHDI) Project
1720 Westgate Dr., Boise, Idaho 83704
(208) 334-0983, (800) 433-1323 or FAX: (208) 334-0952

DISTRIBUTION: **White**-Audiologist, **Gold**- EHDI Project, **Yellow**-Physician, **Pink**-Hospital, **Green**-Parent
(DISTRIBUCIÓN: **Blanca**-Audiólogo, **Dorada**- EHDI Project, **Amarilla**-Médico, **Rosada**-Hospital, **Verde**-Padre

(If baby does not return for Outpatient Screen, form is to be distributed within 30 days of Inpatient Screen Date)