

**REFERENCIA AUDIOLOGICA Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES**

\_\_\_\_\_ ha sido referido/a para recibir un analisis mas detallado y determinar si hay un problema auditivo. El examen sera hecho por un audiologo de ESU 10. Una vez hayamos recibido este formulario, una persona del ESU 10, Candice Meier, se pondra en contacto con usted para hacer una cita.

Persona que refiere: \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Posicion \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO DE REFERENCIA DEBE SER APROBADO POR EL DISTRITO ESCOLAR LOCAL ANTES DE ENVIARLO A ESU 10.**

**Razon para la referencia:**

\_\_\_\_\_ Evaluacion de tono \_\_\_\_\_ Evaluacion del entrenador auditivo

\_\_\_\_\_ Prueba de audifonos (traiga todas las partes al entrenador auditivo)  
(Favor de traer audifonos)

\_\_\_\_\_ Hay circunstancias especiales que puedan requerir de tiempo adicional o ayuda en la evaluacion.

**Por favor explique:**

\_\_\_\_\_

Adjunte el audiograma de la escuela si está disponible

Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Profesor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Padre(s)/Guardian: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Telefono en el que podamos contactarlo de 8:00 AM to 5:00 PM

\_\_\_\_\_

Telefono de la casa (si es diferente al # arriba)

\_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Los padres hablan inglés? \_\_\_\_yes \_\_\_\_ no

## HISTORIAL

Tiene su hijo:

Si

NO

\_\_\_\_\_ Perdida auditiva conocida (en caso de ser asi, por favor anexe los audiogramas de los ultimos años)

\_\_\_\_\_ Historia de infecciones en los oidos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tubos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Alergias/Infecciones respiratorias del tracto superior \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Esta tomando su hijo algun medicamento? Lista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

condiciones médicas \_\_\_\_\_

Síndromes \_\_\_\_\_

Lesiones en la cabeza y/o enfermedades serias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si

NO

\_\_\_\_\_ Ayuda auditiva **Si es asi, por favor traigala al examen**

\_\_\_\_\_ Entrenador auditivo **Si es asi, por favor traigala al examen**

\_\_\_\_\_ Exposicion a ruidos Fuertes, cazeria, tractores, maquinaria, etc. describa.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Hay en la familia un historial de perdida auditiva, que no este relacionad con la edad?

Nombre y direccion del medico(s):

\_\_\_\_\_

Ha recibido su hijo una evaluacion auditiva por un doctor o audiologo previamente? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no Por favor envienos o traiga una copia de los resultados de esa evaluacion a ESU 10, antes de o en la fecha de la evaluacion de su hijo/a

Asiste su hijo/a:

\_\_\_\_\_ Terapia del lenguaje

Nombre del profesor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Recursos

Nombre del profesor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Coordinador/a de Servicios

Nombre \_\_\_\_\_

IEP Due Date \_\_\_\_\_

MDT Due Date \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DE LOS PADRES**

Yo, (nosotros) \_\_\_\_\_ Por la presente autorizo al audiólogo a realizar una evaluación auditiva completa. Yo (nosotros) autorizo al audiólogo a divulgar toda la información audiológica a agencias o individuos que están funcionando para habilitar a mi (nuestro) hijo y para obtener toda la información de prueba de estas agencias o individuos pertenecientes a mi (nuestro) hijo. Entiendo que cualquier recomendación médica o referencia para un seguimiento médico adicional será mi responsabilidad y no la de la escuela o ESU #10.

\_\_\_\_\_  
**Fecha:**

\_\_\_\_\_  
**Firma de padre(s) / tutor(es)**

I understand that these audiology services are offered at no charge to the parent and are at no additional cost to schools within the ESU 10 area. However, if the school is outside of ESU 10 area there will be a per hour fee charged to the school district.

\_\_\_\_\_  
**Date:**

\_\_\_\_\_  
**Signature of School District Administrator**

Please return the completed and signed form to the school district. The school district can then route, mail, fax or email this completed and signed form to ESU 10, Attn: Audiology, 76 Plaza Blvd. PO Box 850, Kearney, NE 68848. Fax:308-237-5920. Email: cmeier@esu10.org