Informe de derivación para evaluación auditiva

Fecha:_____

A los padres/cuidadores de_____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____

Recientemente se llevó a cabo una evaluación auditiva en la escuela de su hijo. Los resultados de la evaluación auditiva indican que su hijo podría tener un problema auditivo. Los problemas auditivos podrían hacer que su hijo tenga dificultades de aprendizaje. Se recomienda que lleve a su hijo a su proveedor de atención primaria para que se le realicen más pruebas. Informe a la enfermera de la escuela si su hijo ya está en tratamiento médico por problemas auditivos o si necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención médica. **Devuelva el formulario completo a la escuela.**

Resultados del examen auditivo de tonos puros:

	1000	2000	4000	Observaciones/Comentarios
D	Aprobado_____ (20 dB) Desaprobado_____	Aprobado_____ (20 dB) Desaprobado_____	Aprobado_____ (20 dB) Desaprobado_____	
I	Aprobado_____ (20 dB) Desaprobado_____	Aprobado_____ (20 dB) Desaprobado_____	Aprobado_____ (20 dB) Desaprobado_____	

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN (para que lo complete el proveedor de atención médica):

Diagnóstico: _____

Plan de tratamiento: _____

Comentarios: _____

Firma: _____ Fecha de la evaluación: _____

Devuelva el formulario a: _____

CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____ *(padre/cuidador)* del niño antes mencionado, por el presente documento autorizo al proveedor que completa este informe a devolverlo completo a:

_____

_____

_____

con el propósito específico de informar a la escuela de cualquier problema auditivo, recomendaciones e instrucciones para los docentes relacionados con los problemas auditivos del niño. Esta autorización caduca una vez que se haya enviado el formulario completo a la escuela antes mencionada.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que el hecho de rehusarme no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago de servicios ni elegibilidad a beneficios para mi hijo; sin embargo, si este formulario no se envía a la escuela, entiendo que la escuela no contará con información suficiente para tratar las necesidades auditivas especiales de mi hijo.

_____ _____

(Firma del padre/cuidador) *(Fecha)*