

**Departamento de Salud de Virginia
División de Salud Infantil y Adolescente
Programa de detección e intervención temprana de la audición de Virginia**

**BANCO DE PRÉSTAMO DE AUDÍFONOS DE VIRGINIA
FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÉSTAMO**

El objetivo de este programa es brindar audífonos y sistemas de FM de forma temporal a niños con pérdida de la audición, menores de 18 años, mientras esperan recibir sus dispositivos de amplificación personales. Comuníquese con el Banco de Préstamo de Audífonos de Virginia al 434-924-0222 o al 1-866-596-9367 si tiene preguntas o inquietudes.

Complete las partes A-D de esta solicitud y envíelas a:

Blue Ridge Care Connection for Children

C/o Lisa Powley

853 West Main Street, Ste. 104

Charlottesville, VA 22903

Teléfono: (434) 924-0222 Fax: (434) 924-0390

Línea gratuita: 866-596-9367

La información contenida en este formulario se mantendrá de forma confidencial.

PARTE A - Debe llenarla el audiólogo que realiza la derivación

Información del audiólogo que realiza la derivación

Nombre del audiólogo: _____

Nombre del consultorio:

No. de identificación fiscal: _____ No. de licencia en audiología de VA: _

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de Fax: _____

Dirección de correo electrónico del audiólogo:

Fecha de la adaptación: _____

Información del niño/a

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor legal: _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Condado de residencia: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico:

Banco de Préstamo de Audífonos de Virginia
Formulario de solicitud de préstamo

PARTE B - Debe llenarla el audiólogo que realiza la derivación

A fin de que se procese esta solicitud, deben incluirse una copia de cualquier prueba de audición, un formulario de autorización médica del otorrinolaringólogo del niño, y un acuerdo firmado por el padre o tutor legal. Haga copias o envíelos por fax, ya que estos documentos no serán devueltos.

¿El niño fue derivado a usted según el protocolo de evaluación auditiva para recién nacidos?
Sí_____ No_____

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre del hospital _____

¿Cuál es la configuración y el grado de pérdida de la audición?

¿Es una adaptación binaural o monoaural? _____

Indique la marca y el modelo de los audífonos o del sistema de FM que desearía adaptar como préstamo para el niño, y enumere las preferencias del 1 al 3. CONSULTE EL DOCUMENTO ADJUNTO PARA OBTENER UNA LISTA DE AUDÍFONOS Y SISTEMAS DE FM DISPONIBLES. A pesar de que no podemos garantizar la disponibilidad, puede estar seguro de que haremos todo lo posible por satisfacer su pedido.

1 _____ 2 _____

3 _____

Especifique el No. de color del audífono que necesita: _____

A pesar de que no podemos garantizar la disponibilidad, puede estar seguro de que haremos todo lo posible por satisfacer su pedido.

Para los sistemas de FM, especifique la marca y el modelo de audífono que usa actualmente el niño.

Los instrumentos serán enviados al audiólogo que los solicite ***dentro de los 5 días*** de haber recibido la solicitud y la documentación requerida. El audífono será seleccionado según la información recibida, en consulta con el audiólogo del niño.

Firma del audiólogo

Fecha

Banco de Préstamo de Audífonos de Virginia
Formulario de solicitud de préstamo

PARTE C - Debe llenarla el padre o tutor legal

1. Describa por qué necesita usar el Banco de Préstamo de Audífonos de Virginia.

2. ¿Cuenta actualmente con un seguro que pague por los audífonos o el sistema de FM de su hijo? Si la respuesta es afirmativa, ¿se ha comunicado con su compañía de seguros para saber cómo solicitar cobertura para los audífonos o para el sistema de FM? Brinde el nombre de su compañía de seguros y qué le dijeron.

3. ¿Tiene seguro? Sí NO Si su respuesta es afirmativa, incluya el nombre de su compañía de seguros:

4. ¿Su seguro cubre audífonos o sistemas de FM? _____

5. ¿Si hijo actualmente cumple con los requisitos para recibir Medicaid? Si la respuesta es afirmativa, ¿se ha comunicado con Medicaid para que apruebe el pago de los audífonos?

6. ¿Su hijo actualmente cumple con los requisitos de FAMIS? Si la respuesta es afirmativa, ¿se ha comunicado con FAMIS para que apruebe el pago de los audífonos?

7. Describa por qué necesita solicitar el préstamo de un sistema de FM para su hijo.

8. ¿Necesita ayuda para conseguir audífonos permanentes para su hijo?

9. ¿Su hijo es menor de 3 años? SÍ NO

10. ¿Su hijo está inscrito en intervención temprana? SÍ NO

Firma del padre/tutor legal

Fecha

PARTE D - Debe llenarla el padre o tutor legal

ACUERDO DE PRÉSTAMO DE AUDÍFONOS

_____ ACEPTO QUE MI HIJO RECIBA AUDÍFONOS O UN SISTEMA DE FM EN PRÉSTAMO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE VIRGINIA, DIVISIÓN DE SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE, PROGRAMA EHDI VIRGINIA DEL BANCO DE PRÉSTAMO DE AUDÍFONOS DE VIRGINIA.

_____ ACEPTO BRINDAR LAS RAZONES POR LAS CUALES SOLICITO AYUDA AL BANCO DE PRÉSTAMOS.

_____ ACEPTO QUE ES MI RESPONSABILIDAD CUIDAR LOS AUDÍFONOS O EL SISTEMA DE FM Y QUE DEBERÉ PAGAR POR CUALQUIER PÉRDIDA O DAÑO NO CUBIERTO POR LA GARANTÍA, HASTA \$100.00. ESTO NO INCLUYE EL DESGASTE NORMAL.

_____ ACEPTO QUE MI HIJO PUEDA USAR ESTOS AUDÍFONOS O SISTEMA DE FM POR HASTA 6 MESES. SI MI HIJO NO HA RECIBIDO SUS PROPIOS AUDÍFONOS O SISTEMA DE FM PARA ESE MOMENTO, PUEDO SOLICITAR UN PRÉSTAMO POR TRES MESES MÁS, ENVIANDO UN ACUERDO DE EXTENSIÓN.

_____ ACEPTO INTENTAR OBTENER AUDÍFONOS PERMANENTES PARA MI HIJO.

_____ ACEPTO QUE CUANDO MI HIJO RECIBA SUS AUDÍFONOS O SISTEMA DE FM PERSONALES, DEVOLVERÉ LOS AUDÍFONOS O SISTEMA DE FM RECIBIDOS EN PRÉSTAMO AL BANCO DE PRÉSTAMO DE AUDÍFONOS DE VIRGINIA.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Testigo

Fecha

ANEXO A

PHONAK

Audifonos

Naida SP
Naida UP
UNA M
UNA SP
Nios III
Milo Plus SP
Picoforte

Sistemas de FM

Inspiro

OTICON

Audifonos

Vigo
Vigo Pro
Tego
Tego Pro
Hit
Hit Pro
SUMO DM
GO
Safari 300
Safari 300-312
Classic 380P

Sistemas de FM

Amigo