

Autorización para remitir al paciente a otros servicios

Apellidos _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Carolina del Norte cuenta con varias agencias que asisten a los niños diagnosticados con pérdida auditiva y a sus familias. Cada agencia individual puede explicar mejor los detalles de los servicios que ofrece y responder las preguntas que usted pueda tener al tomar una decisión informada sobre si acepta o no que se brinden servicios a su niño(a). Usted tiene derecho a aceptar o rehusar en cualquier momento cualquiera de los servicios. La autorización para remitir al paciente a otros servicios deberá estar en el archivo para que dichas agencias puedan contactar a su familia.

Las agencias que usted acepte le contactarán para brindarle más información sobre sus servicios. Por favor indique a continuación si usted acepta o rechaza que se le **remita** a cada una de las agencias:

Edad del niño - Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad

BEGINNINGS para padres de niños sordos/con problemas de audición	☐ ACEPTA	☐ o	☐ REHÚSA
Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años	☐ ACEPTA	☐ o	☐ REHÚSA
EDIS (requiere vivir en una instalación militar) Ft. Bragg/Camp LeJeune (Favor circule)	☐ ACEPTA	☐ o	☐ REHÚSA
Programa de Apoyo Sensorial de Aprendizaje Temprano-discapacidad auditiva	☐ ACEPTA	☐ o	☐ REHÚSA

Edad del niño - Desde los 3 años hasta los 21 años de edad

BEGINNINGS para padres de niños sordos/con problemas de audición	☐ ACEPTA	☐ o	☐ REHÚSA
Departamento de Instrucción Pública (Escuelas Públicas)	☐ ACEPTA	☐ o	☐ REHÚSA
Escuela para Sordos Este/Oeste (Favor circule)	☐ ACEPTA	☐ o	☐ REHÚSA

Mediante el presente documento autorizo a _____ a divulgar los resultados de la
(Audiólogo o consultorio de audiología)
evaluación audiológica y la información de contacto al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte con el propósito de completar la remisión del paciente a las agencias aceptadas anteriormente. Asimismo, autorizo a _____ a divulgar los resultados de la evaluación audiológica a

(Audiólogo o consultorio de audiología)

solicitud de las agencias anteriormente aceptadas con el propósito de ayudar a la agencia a entender la pérdida de audición de mi hijo(a). Asimismo, autorizo a cada una de las agencias anteriormente aceptadas a divulgar información sobre la elegibilidad, la matriculación, la discontinuación, la evaluación, y del plan de información educativo al recibir una petición al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte con el propósito de evaluar el programa y la coordinación del cuidado relacionado con la pérdida auditiva de mi hijo(a).

Entiendo los términos de esta autorización de divulgación, la necesidad de la información, y que existen estatutos y regulaciones que protegen la confidencialidad de la información. Reconozco que esta autorización es voluntaria y es válida hasta que se cumpla con dicha solicitud de información. Asimismo, entiendo que puedo revocar esta autorización notificando por escrito a la agencia autorizada para divulgar la información, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción en base a dicha autorización.

Testigo _____

Firma del paciente, el padre, la madre o el representante legal _____

Idioma que se Habla en el Hogar: _____

Fecha de la firma _____

Teléfono _____

Nombre del paciente, el padre, la madre o el representante legal
en letra tipo imprenta _____

Permiso para enviar mensajes de texto: Si No

Dirección _____

Correo electrónico: _____

Ciudad, estado y código postal _____

Nombre del médico de su hijo(a): _____

Condado de residencia _____

Envíe por fax una copia del formulario completado Y del informe audiológico a:

EHDI

(984) 236-8202 o Correo Electrónico ncnewbornhearing@dhhs.nc.gov

Revisado en Septiembre, 2025