IDAHO SOUND BEGINNINGS (ISB)

Early Hearing Detection and Intervention
Department of Health and Welfare, Infant Toddler Program

FAX TO (208) 332-7331
Within 5 days

Newborn Hearing Screening Referral Form

Complete Form for *All*: **Refers** ☐ **Risks** ☐ **Transfers*** ☐ **Missed** ☐ **or Incomplete** ☐

Birth Hospital: _____

(*Transfers only) Receiving Hospital: _____ *[Please Press Firmly]*

Within ***5 days*** of screening or discharge— Distribute copies to: Audiologist - **White** ISB - **Gold** Hospital - **Pink** Parent - **Green** Physician - **Yellow**

Send to: Idaho Sound Beginnings-EHDI , PO Box 83720, Boise, ID 83720 **or Fax: (208) 332-7331**

1. INFORMACION DE BEBE :

 # de Reporte Medico del Bebe: _____

Nombre de Bebe: _____
Apellido Primer Nombre

DOB: _____/_____/_____ **Genero:** ☐ **M** ☐ **F**

☐ Sala de Recien Nacido ☐ Unidad de Cuidado Intensivo (NICU)

Medico Pricipal de Bebe: _____

Nombre de Madre: _____

2. INFORMACION PARA CONTACTO:

Padre/Guardian: _____
Last First

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____

Telefono: _____ Text? _____

Otro Telefono: _____

Correo Electronico/Otro Contacto: _____

3. HEARING SCREEN RESULTS:

First Screen:	**R**	☐ Pass	☐ **Refer**	☐ No Result
_____ Date	**L**	☐ Pass	☐ **Refer**	☐ No Result
Second Screen:	**R**	☐ Pass	☐ **Refer**	☐ No Result
_____ Date	**L**	☐ Pass	☐ **Refer**	☐ No Result

4. RIESGOS (check all that apply)

PARA LA PERDIDA AUDITIVA EN INFANCIA:

___ Historia de Familia (que tiene pérdida permanente del oído)
___ Sala de cuidado especial para recién nacidos >5 dias
___ Sindrome relacionado co HL (e.g. Downs)
___ Infección de congenito (e.g. T-O-R-C-H)
___ Infección después de nacimiento (e.g. Meningitis)
___ Anormalidad Craniofacial: _____
___ Medicamientos ototoxic - (cualquier cantidad)
___ Ventilación mecánico - (cualquier cantidad)
___ Traumatismo craneal___ Otro _____

(Se recomienda monitoreo hasta los 3 anos para la mayoria de factores de riesgo)

El personal de la evaluación/enfermeria le informara los resultados finales de la evaluación auditiva del bebé y dafan una copia de estos resultados. Si su bebé necesita más evaluaciones o seguimiento debido a los riesgos, se les dará una cita y/o información de seguimiento. Si tiene preguntas o necesita assistencia financiera, por favor llame el **Programa de Idaho para la Audicion Temprana, Idaho Sound Beginnings al (208) 334-0829**.

☐ Su bebe **no paso** el examen auditivo. La evaluacion diagnostic necessita ser completada antes de **3 meses** de edad. Si su bebe no esta oyendo **todos** los sonidos necessarios para aprender el habla, identificaccion temprana puede minimar esos problemas.

☐ Su bebe tiene **riesgos** para la perdida auditiva de la infancia. Una evaluacion diagnostica de audicion debe ser completada a los **9 meses** de edad. Un audiologo pediatra pueded ayudar estableser su seguimiento para su bebe.

Audiologo: _____

Telefono: _____

Direccion: _____

(Para una lista de Audiologos Pediatras llame a Idaho Sound Beginnings al (208) 334-0829)

Se me ha informado de los resultados de la evaluación auditiva de mi bebé y de la necesidad de una evaluación diagnóstic de audiologia para determiner si existe una perdida de audicion antes de los 3 meses. Si su bebe pasa la evaluacion pero tiene riesgos (los presentes arriba) una evaluacion complete es recomendada a los 9 meses de edad. (Recomendacion de la Academia Americana de Pediatria).

Por la presente le concede permiso al personal del hospital mencionado arriba para liberar la información medica necesaria para completer la evaluación auditiva para mi hijo, al audiologo/clinica (o el audiologo de mi preferencia) y al médico mencionados arriba. También concede permiso para que el audiologo/clinica para que comparta los resultados de la evaluación auditiva y diagnostic con el personal del hospital donde nació el bebé, con el medico mencionado arriba, con el Programa de Bebes y Ninos Pequenos de Idaho (Idaho Infant-Toddler Program) y con el Programa de la Deteccion e Intervencion Temprana de Problemas Auditivos (Idaho Sound Beginnings - Idaho Early Hearing Detection and Intervention) y La Escuela Educativa para los Sordos y Ciegos en el Estado de Idaho y Manos y Voces de Idaho (Idaho Hands & Voices) y Coordinadores EHDI en otros estados como sea necesario. Entiendo la información sera usada para asegurar que los servicios médicos, educativos y auditivos disponibles para mi hijo son apropiados y hechos a tiempo. Tuve la oportunida de leer el aviso de la Practica Privada de este hospital. Yo entiendo que esta información no será compartida con personas sin autorización. Esta autorizacion termina después de 36 meses de la fecha en que firmo.

PARENT/GUARDIAN : _____ **DATE :** _____

IDAHO SOUND BEGINNINGS

Early Hearing Detection and Intervention (EHDI)
Department of Health and Welfare, Infant Toddler Program

AUDIOLOGY RESULTS FORM
BIRTH TO 3 YEARS

Please enter details regarding patient's hearing status, testing and recommendations. Complete (or verify) contact and risk information on side one.

FAX completed form to 208-332-7331 within 5 days of evaluation.

Reason for Testing:
Hearing Screening Refer - ☐
Risk Indicators or Concerns - ☐

BABY'S INFORMATION:

Baby's Name: _____

Mothers Name: _____
Last First

DOB: ____/____/____ **Gender:** ☐ M ☐ F

Name of Birth Hospital: _____

Baby's Primary Care Provider: _____

SIDE 1 OF FORM SHOULD BE USED TO ENTER RISK FACTOR AND CONTACT INFORMATION OR ATTACH THE HOSPITAL REFERRAL FORM IF AVAILABLE.

DIAGNOSTIC TEST BATTERY:

ABR Click – Wave V threshold **(dBeHL)**

Air - RIGHT ____ LEFT ____
Bone - RIGHT ____ LEFT ____

Tone – (kHz) .5 1 2 4
Air - RIGHT ____ ____ ____ ____
LEFT ____ ____ ____ ____

OAE ☐ TEOAE or ☐ DPOAE

RIGHT		LEFT	
Pass	____	Pass	____
Refer	____	Refer	____
Could Not Test	___	Could Not Test	___

ACOUSTIC IMMITTANCE

TYMPANOMETRY: *Hz-*_____

Type RIGHT:_____ LEFT: _____

BEHAVIORAL- threshold VRA___ CPA___

(kHz) -	.5	1	2	4	8	- Speech	
RIGHT	___	___	___	___	___	____	(dB HL)
LEFT	___	___	___	___	___	____	(dB HL)
Sound Field	___	___	___	___	___	____	(dB HL)

DATE OF EVALUATION: _____

This is baby's first visit to audiologist - ☐
This is **Follow-up** testing after initial visit - ☐

DIAGNOSIS: (STATUS OF HEARING AT THIS VISIT)

Hearing Loss-	RIGHT EAR	LEFT EAR
	☐ No	☐ No
	☐ Yes	☐ Yes

Degree of Loss-	RIGHT EAR	LEFT EAR
	☐ Mild	☐ Mild
	☐ Moderate	☐ Moderate
	☐ Mod-Severe	☐ Mod-Severe
	☐ Severe	☐ Severe
	☐ Profound	☐ Profound

Type of Loss-	RIGHT EAR	LEFT EAR
	☐ Conductive-fluctuating	☐ Conductive-fluctuating
	☐ Conductive-permanent	☐ Conductive-permanent
	☐ Sensorineural	☐ Sensorineural
	☐ Mixed	☐ Mixed
	☐ Central/Neural	☐ Central/Neural
	☐ Undetermined	☐ Undetermined

FOLLOW-UP CHECKLIST:

REPORT ALL RESULTS TO IDAHO SOUND BEGINNINGS (*Birth*-3)

☐ Audiologic Re-evaluation and/or Monitoring needed
When/How often? _____
Return Appointment Pending: ☐ yes ☐ no

☐ Referred for Medical Follow-up/ENT Consult-Clearance
☐ No Follow-up is needed -*Referred to Medical Home*
☐ Lost to Follow-up–*Discharged after no response/no show*

☐ Amplification is Recommended
☐ Ophthalmology Exam is Recommended
☐ Genetic Counseling is Recommended

IF A *HEARING LOSS* HAS BEEN IDENTIFIED -

☐ Referral has also been made to Infant Toddler Program

COMMENTS/NOTES:

_____
(Audiologist Signature)

Clinic Name: _____

Mail to: Idaho Sound Beginnings-ITP
450 W. State St. FI-5 (208) 334-0829
Boise, ID 83720

Fax to: (208) 332-7331