

Esta aprobación previa se limita a exámenes ambulatorios o evaluaciones audiológicas necesarias para confirmar un diagnóstico sospechado sobre la base de una prueba auditiva anormal en recién nacidos. Debe usarse únicamente para aquellos bebés remitidos por el programa de detección e intervención temprana de problemas de la audición del Departamento de Salud Pública de Illinois (Illinois Department of Public Health).

Debe completar el padre/tutor (to be completed by Parent/Guardian): (instrucciones detrás del formulario)

1. Nombre del niño: _____, _____ 2. Fecha de nacimiento: _____ 3. Sexo: M F
(Apellido) (Nombre)

4. Padre (madre/padre) / Nombre del tutor: _____, _____ 5. Lugar de parto: _____
(Apellido) (Nombre)

6. Dirección del domicilio: _____
(Calle) (ciudad) (estado/código postal) (condado)

7. Teléfono durante el día: (____) _____ Trabajo Casa Celular

8. Idioma principal de la familia: inglés español Otro _____

9. **Mi hijo:**
 ¿Vive en Illinois? Sí No ¿Recibe beneficios de All Kids/Medicaid? Sí No
 ¿Tiene beneficios de seguro privado? Sí No Organización de atención administrada: _____

Solicito ayuda de la División de Atención Especializada para Niños (Division of Specialized Care for Children, DSCC) de la University of Illinois Chicago para la evaluación diagnóstica especial de mi hijo.
 Entiendo que esta evaluación no tendrá ningún costo directo para mí.
 Si tengo seguro médico o recibo beneficios de All Kids/Medicaid que cubren a mi hijo, entiendo que esos beneficios deben usarse primero.
 Entiendo que si necesito ayuda adicional de DSCC después de esta evaluación, debo presentar una solicitud por separado.
 Autorizo a DSCC a dar una copia de los datos necesarios al Departamento de Salud Pública de Illinois para seguimiento y control del Programa de Detección e Intervención Temprana de la Audición.

Firma del padre/tutor _____
Fecha

To be completed by Evaluator (Debe completar el evaluador): (instructions on reverse side of form)

10. Audiologist _____ 11. Initial Date of Service _____

12. Audiologist's Hospital/Clinic _____

13. Child's Primary Care Provider _____ 14. Referring Provider _____

DIAGNOSTIC EVALUATION SUMMARY (attach full report(s))

15. Hearing Status: **Left Ear:** Inconclusive Normal Confirmed Loss Type:
 Conductive Sensorineural Mixed Other Mild Moderate Severe Profound)

Hearing Status: **Right Ear:** Inconclusive Normal Confirmed Loss Type:
 Conductive Sensorineural Mixed Other Mild Moderate Severe Profound)

16. If Inconclusive, Date(s) of Next Evaluation(s): _____
 Has this child been referred to a Medical Provider / ENT? Yes No

17. Additional Comments: _____

18. No. of Evaluations Attached: _____ (Send all evaluation reports; see #20 below.) 19. _____
Audiologist's Signature

20. **Send this form NO LATER than 30 days from the initial date of service to:**
 Regional Office servicing the child's home community. If unknown, send to office closest to the child's home community. (See reverse side for listing.)

21. **Send billing to:**
 Division of Specialized Care for Children
 Claims Services
 3135 Old Jacksonville Road
 Springfield, IL 62704
 (800) 322-3722 Fax (217) 558-0773

Bills may be denied if this referral is not received in time.

1. Nombre legal del niño: apellido, nombre.
2. Fecha de nacimiento del niño: mes/día/año.
3. Sexo del niño: masculino o femenino.
4. Nombre del padre o tutor: apellido, nombre.
5. Nombre del centro de maternidad donde nació el niño.
6. Dirección postal del padre o tutor: calle, ciudad, estado, código postal y condado.
7. Número de teléfono donde se puede localizar al padre/tutor durante el día.
8. Idioma principal de la familia: inglés, español u otro.
9. Mi hijo (*marque las casillas correspondientes*): vive en Illinois; tiene beneficios de seguro privado; recibe beneficios de All Kids/Medicaid; indique la organización de atención administrada.
10. Name of audiologist who performed the diagnostic evaluation.
11. Date of the initial diagnostic evaluation: month/day/year.
12. Name of the audiologist's practice (i.e., hospital or clinic name).
13. Name of the child's primary care provider.
14. Name of the provider (*person or agency*) who referred the child for the diagnostic evaluation.
15. Please select the appropriate hearing status of the child and (if known) the type and degree of confirmed hearing loss.
16. If the result is inconclusive, please enter the scheduled date of the next diagnostic evaluation, and whether or not the child is being referred to a Medical Provider/ ENT.
17. Please enter any comments on treatment recommendations or follow-up actions necessary.
18. Please enter the number of evaluations that are attached to this form.
19. Audiologist's signature.
20. Send this diagnostic evaluation report to the Regional Office serving the area of parents' residence. See list of Regional Offices below. Use mailing address for all DSCC Regional Offices. Report MUST be received within 30 days of initial date of service.
21. Send bills to Springfield address provided. Bills will NOT be paid if received more than 9 months from date of service.

DSCC Regional Offices

<p>Mailing address:</p> <p>(Specific Regional Office name from list) Division of Specialized Care for Children 3135 Old Jacksonville Road Springfield, IL 62704-6488</p> <p>Fax (217) 558-0773</p>	<p>Regional Office Locations:</p> <p>CHAMPAIGN Fax (217) 244-4212</p> <p>CHICAGO Fax (312) 433-4121</p> <p>LOMBARD Fax (630) 424-0669</p> <p>MARION (618) 993-8929</p> <p>MOKENA Fax (708) 478-3850</p>	<p>OLNEY Fax (618) 395-2902</p> <p>PEORIA Fax (309) 693-5306</p> <p>ROCKFORD Fax (815) 987-7891</p> <p>ST. CLAIR Fax (618) 624-0538</p> <p>SPRINGFIELD Fax (217) 524-2020</p>
--	--	---

Declaración de la Ley de Derechos Civiles

Los servicios, la ayuda económica y otros beneficios de la División de Atención Especializada para Niños se dan de manera no discriminatoria. A ninguna persona que participe o quiera participar en los programas de la División se le negarán los beneficios del programa ni se la discriminará por motivos de sexo, religión, raza, color, origen nacional o discapacidad no relacionada con la elegibilidad del programa. Las personas que crean que la División de Atención Especializada para Niños discrimina pueden presentar una queja por escrito ante State of Illinois, Department of Human Rights (Departamento de Derechos Humanos del Estado de Illinois), Department of Education (Departamento de Educación de los Estados Unidos), Office of Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles), o ambos.

<p>State of Illinois Department of Human Rights 100 West Randolph Street Illinois Center, Suite 10-100 Chicago, IL 60601</p>	<p>United States Department of Education Office for Civil Rights - Region V 401 South State Street, 7th Floor Chicago, IL 60605 (312) 886-3456</p>
---	--

Informe al Departamento de Salud Pública de Illinois

La Ley de Detección e Intervención Temprana de la Audición de Illinois, 410 ILCS 213, requiere que los proveedores de atención médica informen de los resultados de las evaluaciones de diagnóstico y otros servicios para niños menores de seis años con pérdida auditiva sospechada o confirmada al **Departamento de Salud Pública de Illinois** en los siguientes 7 días desués de la fecha del servicio. **Número de fax: (217) 557-5324.**

Declaración de intervención temprana

Los niños menores de 36 meses con pérdida de audición confirmada deben remitirse a Intervención Temprana para hacer evaluaciones/valoraciones apropiadas. Visite el Localizador del Departamento de Servicios Humanos de Illinois en www.dhs.state.il.us para encontrar la oficina de Conexiones para Niños y Familias de Intervención Temprana adecuada por condado/código postal que atienda la residencia del niño/familia o comuníquese con la **Oficina de Intervención Temprana, (217) 782-1981**, para obtener ayuda.