

The W. Paul Biggers
Carolina Children's Communicative Disorders Program
 5501 Fortune's Ridge Drive, Ste. A
 Durham, NC 27713
 Phone 919-419-1449, Fax 919-419-1399

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA

(PROGRAM APPLICATION)

(Nota: Este formulario debe ser llenado **en su totalidad** y va a requerir la participación del audiólogo o profesional remitente. Por favor devuélvalo a la dirección arriba indicada, acompañada de su más reciente **DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES Y ESTATALES** y el **ESTADO FINANCIERO DEL PADRE.**)

Fecha (date): _____

1. Nombre del Paciente (pt.'s name) _____

2. Nombre de los Padres o Guardián (name of parent or guardian): _____

3. Dirección Residencial (street address): _____

Ciudad (city): _____ Estado (state): _____

Código Postal (zip code): _____ Condado (county): _____

Número de Teléfono -incluyendo el código de área (telephone # including area code): _____

4. Fecha de Nacimiento (DOB): _____
 (Mes-mo) (Día-day) (Año-yr.)

5. Género (gender): Masculino (male) Femenino (female)

6. Número de la unidad de UNC Hospitals-si el paciente ha sido asignado a una (UNC Hospital Unit #-if pt. has been assigned one): _____

7. ¿El niño está cubierto por un seguro médico privado? (Is child covered by private health insurance?) Sí No

8. ¿El niño está cubierto por un seguro médico secundario? (Child covered by secondary insurance?) Sí No

9. **Por favor fotocopie su tarjeta del seguro y adjúntela a esta solicitud.**
 (¡Fíjese si alguna de las compañías de seguros es un "Managed Care Plan"!)

10. Está el niño cubierto ahora por (Is child now covered at all by) Medicare Medicaid CSHS
 (Si el niño está cubierto por Medicaid, por favor envíe la documentación sobre los beneficios.)

11. ¿Ha solicitado los beneficios de Medicaid y su solicitud fue rechazada? (Have you applied for Medicaid benefits and been turned down?) Sí No

(Si el niño está cubierto por Medicaid y no le autorizaron la ayuda, por favor envíe la documentación sobre los beneficios o copia de la carta de denegación)

12. Inicio de la pérdida de audición (onset of hearing loss): Congénito (congenital) Adquirido (acquired)

Edad del inicio (age of onset) _____

13. Edad del primer diagnóstico de pérdida de la audición (age at first diagnosis of hearing loss) : _____

14. Etiología (meningitis, Waardenburg, CMV, trauma, rubéola materna, otro— por favor especifique):

(Etiology-meningitis, Waardenburg, CMV, trauma, maternal rubella, other-please specify) _____

15. Grado de la pérdida de audición (degree of hearing loss):

	Derecho (right)	Izquierdo (left)
Leve (mild)	_____	_____
Moderado (moderate)	_____	_____
Severo (severe)	_____	_____
Profundo (profound)	_____	_____

16. Tipo de la pérdida de audición (type of hearing loss):

	Derecho (right)	Izquierdo (left)
Conductiva (conductive)	_____	_____
Neurosensorial (sensorineural)	_____	_____
Mixta (mixed)	_____	_____

17. La pérdida de audición es (hearing loss): **Progresiva** (progressive) **Estable** (stable) **Fluctuante** (fluctuating)

18. Modo de comunicación (mode of communication): **Comunicación Total** (TC) **Manual** (manual)
 Por Clave (cued) **Oral** (oral)

19. Facilidad Educativa (educational facility): _____

Dirección/Calle (street address): _____ **Ciudad** (city): _____

Estado (state): _____ **Código Postal** (zip code): _____ **Teléfono** (phone): _____

Tipo (type): **Hogar** (home) **Residencial** (residential) **Salón de Clase Contenido** (self-contained)
 Salón de Clase Regular (mainstream): **Completamente** (full) **Parcialmente** (partial)

20. Si el paciente ha tenido audífonos alguna vez, fecha de la primera medida (if the pt. has ever had a hearing aid, date of first fitting): _____

21. Medida más reciente (most recent fitting): **Fecha** (date): _____ **Tipo** (type): **Body** **BTE** **ITE**

Oído (ear): **Binaural** (binaural) **Monoaural Derecho** (right only) **Monoaural Izquierdo** (left only)

22. Consistencia de uso de los audífonos (consistency of previous hearing aid use):

Todo el tiempo (full time) **Parte del tiempo** (part-time) **Nunca** (never)

23. Razón para volver a tomar las medidas (reason for refitting): _____

24. Marca y modelo del aparato requerido (make/model of device requested):

Derecho (right) _____ **Izquierdo** (left) _____ **Otro** (other) _____

POR FAVOR INCLUYA TODOS LOS EXPEDIENTES AUDIOLÓGICOS Y OTOLÓGICOS MÁS RECIENTES, INCLUYENDO EL UMBRAL ASISTIDO SI ES POSIBLE.

(PLEASE INCLUDE MOST CURRENT AUDIOLOGICAL AND OTOLOGICAL RECORDS, INCLUDING AIDED THRESHOLDS IF POSSIBLE)

25. El paciente supo de *Carolina Children's Communicative Disorders Program* por (nombre de la persona, Institución u otra fuente) (pt. learned of CCCDP by: name of person, institution or other source):

26. ¿Le da permiso el paciente a University of North Carolina Hospitals y a Carolina Children's Communicative Disorders Program para usar las fotos, declaraciones, y otra evidencia

documentaria de su participación en CCCDP? (does the pt. grant permission to the UNC Hospitals and the CCCDP to use Pictures, statements, and other documentary evidence of his /her participation in the CCCDP?)

Sí (yes) No (no) **Firmado** (signed) _____

Por favor envíe una foto reciente de su niño con esta solicitud. Cualquier foto, ya sea sólo o con familiares o amistades. (please send a current picture of your child with this application. Any photo will do (can be an individual photo, or a photo with family or friends)

27. Audiologo Administrando (Dispensing Audiologist) **(No lo deje en blanco-DO NOT LEAVE BLANK):**

Dirección (Address): _____

Número de Teléfono-incluyendo el código de área (telephone number including area code): _____

28. Nombre y título de la persona completando esta forma (si es diferente del de arriba) (Name and title of person completing this form -if different from above) _____ **Fecha de hoy** (today's date): _____

POR FAVOR MARQUE AQUÍ Y COMPLETE LO SIGUIENTE SI USTED ESTA REMITIENDO AL NIÑO PARA UNA EVALUACIÓN PARA IMPLANTE COCLEAR

(PLEASE CHECK HERE AND COMPLETE THE FOLLOWING IF YOU ARE REFERRING A CHILD FOR A COCHLEAR IMPLANT EVALUATION):

29. ¿Ha sido el niño alguna vez evaluado para un implante coclear? (Has the child ever been evaluated for a cochlear implant?) Sí (Yes) No

30. Si es sí, por favor especifique donde y la fecha (If yes, please specify place and date): _____

31. ¿Cuál fue la recomendación de esta evaluación? (What was the recommendation from this evaluation?)

32. Por favor dénos el nombre, dirección y número de teléfono del pediatra del niño (Please give us the name, address and phone number of the child's pediatrician). _____

POR FAVOR INCLUYA TODOS LOS RESULTADOS DE TODAS LAS EVALUACIONES DE IMPLANTE COCLEAR (AUDIOLÓGICAS, HABLA/LENGUAJE, OTOLÓGICAS, PSICOSOCIALES, Y RADIOLÓGICAS) (PLEASE INCLUDE THE RESULTS OF ALL COCHLEAR IMPLANT EVALUATIONS-AUDIOLOGICAL, SPEECH/LANGUAGE, OTOLOGICAL, PSYCHOSOCIAL, AND RADIOLOGICAL).

Translated by Severina Pagliara, UNC Health Care Spanish Interpreter-02/05/2008

Translated by Elda Torres, UNC Health Care Spanish Interpreter-02/ 05/2008

Translated by Lizzette Vega, UNC Health Care Spanish Interpreter-02/05/2008

Carolina Children’s Communicative Disorders Program

Declaración Financiera del Garante

Para que su niño (s) pueda ser considerado para ser aceptado en CCCDP, esta declaración financiera tiene que ser completada. Esta información será confidencial. Todas las preguntas deben ser contestadas, el formulario debe ser firmado y debe venir acompañado con una copia de sus impuestos federales y estatales.

Nombre del paciente _____ Núm. de Seguro Social _____
Garante (persona responsable del paciente financieramente) _____
Estado Civil del Garante _____ Relación del garante con el paciente _____
¿Vive el paciente con el garante? Si no, ¿con quién? _____
Número total de dependientes (incluyendo al garante) _____ Nombre y edades de los dependientes _____
Empleador del Garante _____ # de teléfono del trabajo _____ ¿Por cuánto tiempo ha estado empleado? _____
Dirección del Empleador _____
Empleador de la Esposa _____ # de teléfono del trabajo _____ ¿Por cuánto tiempo ha estado empleado? _____
Dirección del Empleador _____

INGRESOS:
Salario bruto anual del garante _____
Salario bruto anual de la esposa _____
(Copy of last tax return must be attached.)
Ingreso de granja o negocio _____
OTRO INGRESO: MENSUAL ANUAL
Interés _____
Dividendos _____
Seguro Social _____
Retiro _____
Compensación por Desempleo _____
Discapacidad _____
Manutención de Niños _____
Renta de Propiedad _____
Otro _____
Total de Ingresos brutos: _____
BIENES:
Residencia: [] Rentada [] Propia Balance de la hipoteca _____
Prestamista _____
Balance de cuenta de cheques _____
Ahorros (incluyendo ahorros y préstamos, Credit Union) _____
Nombre del banco/Sucursal _____
Valor de: Acciones _____ Bonos _____
Dinero en efectivo _____ IRA's _____
Certificados _____ Otros Bienes _____
Seguro de Vida _____
COMENTARIOS ADICIONALES/HEREDERO A LA PROPIEDAD O DERECHOS DE POR VIDA/ PROPIEDAD TRANSFERIDA EN LOS ÚLTIMOS 30 MESES/PROPIEDAD QUE PRODUZCA INGRESO PUEDE SER LISTADA EN UNA HOJA A PARTE

Table with 4 columns: OTROS BIENES, Descripción, Impuesto/Valor Comercial, Balance del Préstamo. Rows include Bienes raíces aparte de la residencia, Vehículos, Equipo de granja, Bote/Motocicleta.

Table with 4 columns: GASTOS, Descripción, Impuesto/Valor Comercial, Balance del Préstamo. Rows include Teléfono, Calefacción, Electricidad, Alimentos, Agua/Alcantarillado, Impuesto de la propiedad, Cable TV, Gastos del trabajo, Hipoteca, Seguro médico, Seguro de vida, Seguro de auto, Renta, Carro, Otro.

GASTOS MÉDICOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES: _____

Table with 5 columns: DEUDAS MÉDICAS, Institución, Balance Original, Pago mensual, Balance adeudado. Rows 1, 2, 3.

Yo certifico que basado en mi mejor conocimiento las contestaciones escritas arriba son verdaderas. Entiendo que información fraudulenta o engañosa me haría inelegible para cualquier ayuda financiera. Yo autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar mis ingresos y bienes por parte de mi empleador y otros en posesión de información.

FIRMA _____ FECHA _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____