

# Formulario de Solicitud de Préstamo del Banco para Audífonos en Kansas

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_  
Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (niño): \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal : \_\_\_\_\_  
Nombre del contacto alternativo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Primer idioma en el hogar: \_\_\_\_\_ Personas en la Familia: \_\_\_\_\_ Estado donde nació el niño: \_\_\_\_\_  
Qué edad tenía cuando se le identificó Pérdida de Audición? \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro Médico: \_\_\_\_\_  
El niño tiene actualmente audífonos para ayudarle con la audición? Si / No  
Si respondió que Si, por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

## ***Padres/Tutores:***

Al firmar a continuación usted afirma que la información contenida en esta solicitud es actualizada y completa. ***Si es aprobado*** para los audífonos a través del préstamo del Banco de Audífonos en Kansas usted entiende que los moldes del oído no son parte de este programa de préstamo; el audífono(s) prestado(s) continúan siendo propiedad del Banco de Audífonos de Kansas y usted se compromete a: cuidar los audífonos; mantener sus citas con el audiólogo; devolver los audífonos al final de 6 meses a partir de la instalación inicial. Adicionalmente, usted entiende que Sound Beginnings recogerá los datos de esta aplicación para realizar un seguimiento de información acerca del Banco y el Programa de Detección Auditiva de Recién Nacidos y la información específica de la pérdida de audición de su hijo/a puede ser compartida con los profesionales o agencias de intervención temprana .

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

## ***Audiologist Use Only***

As a participant in the Kansas Hearing Aid Loan Bank I agree to adhere to all laws regarding hearing aid fitting in the State of Kansas. I attest that hearing aid selection is based on age appropriate evaluation procedures and that appropriate fitting verification procedures are followed and the patient receiving the hearing aid is between the age of 0-36 months.

Dispensing Audiologist: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Audiologist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Hearing Aid(s) Requested:** \_\_\_\_\_ Phonak Extra 411Az \_\_\_\_\_ Bone Conduction Pico-Forte w/ cord  
\_\_\_\_\_ Widex Inteo IN-9 \_\_\_\_\_ Widex Inteo IN-19

\_\_\_\_\_ Monaural \_\_\_\_\_ Binaural **FAX completed form to: Kansas Hearing Aid Loan Bank**  
**Attention: Dr. Sprecher, CCC-A, FAAA**  
**913.324.0601**

\*\*\*\*\*

## ***Loan Bank Use Only:***

Date received \_\_\_\_\_ Date shipped \_\_\_\_\_ **Date due back to KSD** \_\_\_\_\_

Make \_\_\_\_\_ Model \_\_\_\_\_

SN# \_\_\_\_\_ SN# \_\_\_\_\_

Date returned \_\_\_\_\_