

Your
Hospital's
Logo
Here

PARENTAL CONSENT FORM

INFANT HEARING SCREENING

PATIENT IDENTIFICATION

READ CAREFULLY

WHY SHOULD ALL BABIES HAVE A HEARING SCREENING?

Good hearing is necessary for the development of speech & language. If a hearing loss is not detected, significant delays may occur in speech, language, emotional & educational development. Early identification of hearing loss allows for appropriate treatment to begin, so that the child has the opportunity for normal development.

WHO IS AT RISK FOR DEVELOPING HEARING LOSS?

Some babies may be at risk for developing hearing loss due to risk factors such as family history of childhood hearing loss, being born with an infection, or complications from premature birth; however, approximately half of babies with hearing loss do not have risk factors.

HOW IS THE TEST PERFORMED?

There are two types of computerized tests used to evaluate an infant's hearing. Your baby may have one or both of these tests. In both tests, your baby will listen to a series of soft clicking sounds. The computer will measure your baby's response to sound.

WILL THE TEST HURT THE BABY?

No. The testing is painless, has no risks nor side effects, and usually takes a few minutes to perform.

QUESTIONS?

If you have questions about hearing loss or the hearing screening, please ask us now or talk to your doctor.

CONSENT

I have been given a copy and have read or have had explained to me the information on this form about hearing loss and the hearing screening. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits of the hearing screening. I authorize release of the hearing screening results to my baby's doctor and to the District of Columbia Department of Health - Maternal and Child Care.

- I request that the hearing screening be given to my baby.
- I authorize release of test results to my baby's doctor and to the DC Department of Health.
- I refuse the hearing screening for my baby.

INFANT INFORMATION		
DATE OF BIRTH:	DATE OF SCREENING:	GENDER: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE

SIGNATURES		
SIGNATURE (of Person Making Request)	<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Guardian	DATE:
WITNESS:	TITLE:	



PART OF THE MEDICAL RECORD

Your
Hospital's
Logo
Here

FORMA DE
CONSENTIMIENTO PARENTAL
PARA EL EXAMEN
INFANTIL DE LA
AUDICION

PATIENT IDENTIFICATION

LEA CUIDADOSAMENTE

¿POR QUÉ TODOS LOS BEBÉS DEBEN TENER UN EXAMEN AUDITIVO?

La buena audición es necesaria para el desarrollo normal del habla y del lenguaje. Si una pérdida auditiva no es detectada a temprana edad, un retraso significativo puede ocurrir en el desarrollo emocional, educativo y del habla y del lenguaje de su niño. Identificando una pérdida de la audición a tiempo, permite el comienzo de un tratamiento apropiado el cual le proveerá a su niño la oportunidad para un desarrollo normal.

¿QUIÉN ESTÁ A RIESGO PARA DESARROLLAR LA PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN?

Algunos bebés pueden estar a riesgo para desarrollar la pérdida de la audición debido a factores de riesgo tales como historial familiar de pérdida de la audición en la niñez, infecciones del oído post-natales o complicaciones a causa del nacimiento prematuro; sin embargo, aproximadamente la mitad de los bebés con pérdida de la audición no tienen ningún factor de riesgo.

¿CÓMO SE HACE EL EXAMEN DE LA AUDICIÓN?

Existen dos tipos de pruebas computarizadas para evaluar la audición de los bebés. Su bebé puede recibir una o todas estas pruebas. En ambas pruebas, su bebé escuchará una serie de sonidos suaves. La computadora medirá la respuesta de su bebé al sonido.

¿LA PRUEBA LASTIMARÁ AL BEBÉ?

No. Estas pruebas no causan ningún dolor, no presentan riesgos o efectos secundarios y generalmente solo toma algunos minutos.

¿PREGUNTAS?

Si usted tiene alguna pregunta sobre la pérdida de la audición o sobre las pruebas de la audición, por favor nos pueda preguntar ahora o pueda hablar con su doctor.

CONSENTIMIENTO

He recibido una copia y me han explicado la información presentada en esta forma sobre la pérdida de la audición y las pruebas auditivas. He tenido la oportunidad de hacer las preguntas necesarias las cuáles fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo las ventajas del examen de la audición y autorizo la disseminación de los resultados de estas pruebas al doctor de mi bebé y al Departamento de Salud - Maternal y el Cuidado de Niño - del Distrito de Columbia.

- Solicito que se le haga el examen de la audición a mi bebé.
- Autorizo que se le proporcione los resultados del examen de mi bebé al doctor y al Departamento de Salud.
- Rechazo el examen de la audición para mi bebé.

INFORMACION DEL INFANTE		
FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE EXAMEN:	GENERO: <input type="checkbox"/> VARÓN <input type="checkbox"/> HEMBRA

SIGNATURES		
FIRMA (de la Personal Solicitando el Examen)	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian	FECHA:
TESTIGO:	TÍTULO:	



PART OF THE MEDICAL RECORD