

## Carta de remisión auditiva

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estimado padre/tutor:

Nuestra escuela ofrece pruebas de audición utilizando las pautas desarrolladas por el Departamento de Salud de Minnesota. La audición de su hijo se evaluó el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y se repitió el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

- Su hijo no respondió a todos los sonidos en su examen de audición. Consulte la tabla a continuación.

Pure Tone Audiometry – Right Ear	Initial Screen	Rescreen
500 Hz, 25 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
1000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
2000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
4000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
6000 Hz, 20 dB (ages 11 and up)	PASS/REFER	PASS/REFER
Pure Tone Audiometry – Left Ear	Initial Screen	Rescreen
500 Hz, 25 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
1000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
2000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
4000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
6000 Hz, 20 dB (ages 11 and up)	PASS/REFER	PASS/REFER

- Estos resultados significan que su hijo puede tener problemas para oír.
- Lleve a su hijo a su clínica y/o audiólogo (especialista en audición) para revisar su audición.
- Si su hijo ya está recibiendo atención por problemas de audición o si necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención médica, informe a la enfermera de la escuela.
- Entregue esta carta con los resultados de la prueba auditiva escolar a la clínica y / o audiólogo que está haciendo el control de audición.
- Si tiene preguntas o necesita conectarse con una clínica, comuníquese con nosotros.
- \_\_\_\_\_

HEARING REFERRAL LETTER

Health Care Provider, please complete this form.

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

Provider comments:

I have examined this child on \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ and find the following:

MEDICAL:

- Hearing (circle): PASS or REFER
- Medically treatable
- Not medically treatable
- Outer Ear
- Middle Ear
- Inner Ear
- Refer to Audiology

AUDIOLOGICAL:

- Normal Hearing
- Conductive Hearing Loss
- Mixed Hearing Loss
- Sensorineural Hearing Loss
- Refer to Physician
- Amplification Evaluation

Further Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Further Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recommendations to support learning in the school environment: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recommendations to support learning in the school environment: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Child should return for follow up examination on \_\_\_\_\_

Provider Name/Title: \_\_\_\_\_

Contact Information: \_\_\_\_\_

*Schools nurse or health staff fill out this section below before sending home.*

Please have the parent return this form to the school or you can return this to:

School Nurse Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

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

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

## HEARING REFERRAL LETTER

This templated form was developed by MDH for use in schools.

Minnesota Department of Health  
Child and Teen Checkups  
651-201-3650  
[health.childteencheckups@state.mn.us](mailto:health.childteencheckups@state.mn.us)  
[www.health.state.mn.us](http://www.health.state.mn.us)

12/2023

*Para obtener esta plantilla en un formato diferente, llame al: 651-201-3650.*