



# Families of Children with Hearing Loss Survey of Healthcare Services

Child's Name: ..... Child's Date of Birth: .....

Parent's Name: .....

Child's Primary Care Physician: .....

This is to ensure families of children with a Hearing Loss are receiving appropriate referrals and services on a timely basis.

<b>Classification:</b> Please check the appropriate classifications that best describe your child's condition.	<input type="checkbox"/> Permanent Conductive Hearing Loss <input type="checkbox"/> Transient Conductive Hearing Loss <input type="checkbox"/> Sensorineural Hearing Loss (both ears) <input type="checkbox"/> Sensorineural Hearing Loss (single) <input type="checkbox"/> Auditory Neuropathy	
	Has Not Received	Not Sure
<b>Pediatric Visits:</b> Please check the ages when your child visited a pediatrician or family medicine doctor.	0-3m	4-6 m
<b>Nutritional Information:</b> Please check when you received information from a physician or nutritionist regarding your child's nutritional needs.	7-12m	13-18 m
<b>Specialist &amp; Procedures:</b> Please check the ages when your child received the following.	19-24m	2yr
Audiologist (hearing specialist)	3yr	4+ yr
ENT ( ear, nose, throat specialist)	0-3m	4-6 m
Auditory Brainstem Response (ABR)	7-12m	13-18 m
<input type="checkbox"/> Hearing Aids <input type="checkbox"/> Cochlear Implants	19-24m	2yr
Hearing Screening/ Rescreening	3yr	4+ yr
MRI/CAT scan	0-3m	4-6 m
Tympanometry (middle ear test)	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr
	3yr	4+ yr
	0-3m	4-6 m
	7-12m	13-18 m
	19-24m	2yr



**Familias de Niños con Pérdida de Audición  
Encuesta Sobre Servicios de Cuidados de la Salud**

Nombre del Niño: ..... Fecha de Nacimiento del Niño: .....

Nombre de los Padres: .....

Médico de Cabecera del Niño: .....

Esta encuesta asegurará que las familias de niños con pérdida de audición, estén recibiendo a tiempo los referidos y servicios apropiados.

<b>Clasificación:</b> Por favor marque las clasificaciones apropiadas que mejor describan la condición de su hijo.	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición conductiva permanente <input type="checkbox"/> Pérdida de audición conductiva temporal <input type="checkbox"/> Pérdida de audición neurosensorial (ambos oídos) <input type="checkbox"/> Pérdida de audición neurosensorial (un solo oído) <input type="checkbox"/> Neuropatía auditiva									
<b>Visitas Pediátricas:</b>	<b>No lo ha Recibido</b>	<b>3-6 meses</b>	<b>4-6 meses</b>	<b>7-12 meses</b>	<b>13-18 meses</b>	<b>19-24 meses</b>	<b>2 años</b>	<b>3 años</b>	<b>4 años +</b>	<b>No está seguro</b>
Por favor marque las edades de su hijo cuando visitó al pediatra o médico de cabecera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Información Nutricional:</b> Por favor marque cuando recibió información del médico o nutricionista sobre las necesidades nutricionales de su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Especialistas &amp; Procedimientos:</b> Por favor marque las edades cuando su hijo recibió lo siguiente:	<b>No lo ha Recibido</b>	<b>3-6 meses</b>	<b>4-6 meses</b>	<b>7-12 meses</b>	<b>13-18 meses</b>	<b>19-24 meses</b>	<b>2 años</b>	<b>3 años</b>	<b>4 años +</b>	<b>No está Seguro</b>
Audiología (Especialista de audición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorrinolaringólogo (especialista en oídos, nariz, y garganta, "ENT" por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respuesta auditiva del tronco cerebral (ABR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Audífonos <input type="checkbox"/> Implantes cocleares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de audición/repetición de la prueba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de resonancia magnética (MRI/CAT scan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba del oído medio (Timpanometría)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Antes de Nacer (prenatal)</b>			<b>Al Nacer (en el hospital)</b>		<b>Después de salir del hospital</b>		
<b>Pruebas genéticas:</b> ¿Le han hecho pruebas genéticas a su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Si sí, ¿cuando? (marque todo lo que aplique)</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Consejería Genética:</b> ¿Recibió usted consejería genética con el diagnóstico de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Si sí, ¿cuando? (marque todo lo que aplique)</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apoyo a los Padres:</b> ¿Fue usted referido y/o recibió servicios (por ejemplo: grupos de apoyo a familias, visitas a domicilio, servicios de alcance en la comunidad) para cualquiera de los siguientes?	<b>¿Fue referido?</b>			<b>¿Recibió algún servicio?</b>			<b>¿Le sirvió de ayuda?</b>			
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No está Seguro</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No está Seguro</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No está Seguro</b>	
RIPIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voces de la Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asociación de Enfermeras Para Visitas a Domicilio (VNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
"Medicaid" o "SSI / SSDI"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Primeras Conexiones (Visitas a Domicilio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grupo de apoyo, Conexiones entre compañeros- RIPIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manos y voces de RI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especialista en recursos de detección e intervención temprana de la audición en RI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro, por favor especifique:										
<b>Servicios Educativos y Para el Desarrollo:</b> ¿Fue su hijo referido y/o recibió alguno de estos servicios?	<b>¿Fue referido?</b>			<b>¿Recibió algún servicio?</b>			<b>¿Le sirvió de ayuda?</b>			
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No está Seguro</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No está Seguro</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No está Seguro</b>	
Centro Para el Desarrollo Neurológico de Niños (CNDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clínica de seguimiento neo-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intervención Temprana (EI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plan de Educación Individualizada (IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapia Ocupacional (OT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Terapia del Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cedar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro, por favor especifique:										
<b>Por favor, díganos cualquier otra información sobre los servicios brindados a su hijo y a su familia. Incluya cualquier especialista, servicios, y otras condiciones que no estén mencionadas en esta encuesta. Le agradecemos su participación ya que nos ayudará a ocuparnos de las necesidades que en un futuro tengan las familias y niños en Rhode Island.</b>										

<b>Lugar</b>	<b>Fecha</b>

Por favor devuelva esta encuesta a: Donna Lee Houle  
Rhode Island Department of Health  
Center for Health Data & Analysis  
3 Capitol Hill, Room 407  
Providence, RI 02908

Code#

**Preguntas o Comentarios, por favor contacte a:**  
[familyvoices@ripin.org](mailto:familyvoices@ripin.org)  
Teléfono: 401-270-0101  
Fax: 401-270-7049  
Revisado en Julio 2024