



Niños y jóvenes con necesidades especiales  
de atención médica (CYSHCN)

Solicitud de batería para audífonos

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.o del Índice Maestro de Clientes  
(Master Client Index, MCI): \_\_\_\_\_

N.º de Medicaid: \_\_\_\_\_

Plan de Medicaid: \_\_\_\_\_

Marque con una tilde (✓) si el cliente tiene audífono en la oreja izquierda, en la derecha o en ambas:  
Izquierda \_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_ Ambas \_\_\_\_\_

Audífono izquierdo: \_\_\_\_\_

*(Fabricante y número de modelo)*

Audífono derecho: \_\_\_\_\_

*(Fabricante y número de modelo)*

Tamaño de la batería: \_\_\_\_\_ *(No indique la cantidad de audífonos)*

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_, Carolina del Sur

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Presentado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La solicitud de batería para audífono debe realizarse a través de uno de los  
siguientes métodos:

Correo electrónico:	Fax:	Correo postal:
cyshcn-hearing@dph.sc.gov	(803) 898-0613	Admin Asst - Hearing SC DPH - CYSHCN Mills/Jarrett Complex 2100 Bull Street Columbia, SC 29201
		<input type="checkbox"/> Marcar si necesita sello de devolución

**Niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica  
(Children and Youth with Special Health Care Needs, CYSHCN)**

**Solicitud de batería para audífonos**

**Instrucciones para completar el formulario 4332-SPA-DPH**

**Objetivo:** Esta es la herramienta estándar utilizada para solicitar las baterías para audífonos proporcionados a los clientes CYSHCN.

**Usuarios:** El personal de CYSHCN, los proveedores externos, los padres y los clientes utilizarán esta herramienta.

**Instrucciones detalladas:**

***La persona que completa la solicitud deberá hacer lo siguiente:***

1. Ingresar el nombre de la persona derivada para obtener las baterías para audífonos.
2. Ingresar la fecha de nacimiento de la persona derivada.
3. Ingresar el número de expediente médico del Departamento de Salud Pública (Department of Public Health, DPH) de la persona.
4. Ingresar el número de Medicaid de la persona.
5. Ingresar el plan de Medicaid de la persona.
6. Marcar con  para indicar si la persona tiene audífono en la oreja izquierda, en la derecha o en ambas.
7. Ingresar el fabricante y el número de modelo del audífono izquierdo, el derecho o ambos.
8. Ingresar el tamaño de la batería.
9. Ingresar la dirección residencial de la persona.
10. Ingresar el número de teléfono de la persona.
11. Ingresar el nombre de la persona que presenta este formulario.
12. Ingresar la fecha en la que se presenta.
13. Presentar el formulario ante la oficina central del DPH para CYSHCN por correo electrónico, fax o correo postal usando la información de contacto proporcionada.

**Mecanismos y proceso de archivo de la oficina:** El presente formulario completado se debe enviar al personal de la oficina central de CYSHCN para que se lo ingrese de forma manual al registro de baterías de CYSHCN y se lo almacene de forma segura durante un período de auditoría de 30 días luego de que el informe trimestral se haya enviado para la facturación del paciente. Se debe enviar y aprobar un formulario de permiso para destrucción ARM11 antes de desechar los registros en papel. Se aplica la retención de registros de documentos fuente/de entrada (14097). Este formulario no está registrado ni escaneado en los expedientes médicos del DPH.