



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

**Solicitud de batería para audífonos**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ MCI#: \_\_\_\_\_

Núm. de Medicaid: \_\_\_\_\_ Plan de Medicaid: \_\_\_\_\_

Marque con una tilde ( ✓ ) si el cliente tiene aud fono en la ore a 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: \_\_\_\_\_, South Carolina

Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

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

<b>Email:</b>	<b>Fax:</b>	<b>Correo Postal:</b>
cyshcn-hearing@dhec.sc.gov	(803) 898-0613	Admin Asst - Hearing SC DHEC-CYSHCN Mills/Jarrett Complex 2100 Bull Street Columbia, SC 29201

**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 DHEC 4332**

**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 punto por punto:**

***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 de DHEC 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 nombre de la persona que presenta este formulario.
11. Ingresar la fecha en la que se presenta.
12. Presentar el formulario a la oficina central de DHEC para CYSHCN por correo electrónico, fax o correo postal usando la información de contacto proporcionada.

**Office Mechanics and Filing:** This form will be retained by DHEC CYSHCN Central Office. This form is Not filed in the DHEC medical record.