

La Plata, ..... de ..... de 20.....

A la Presidente de la

A. F. A. L. P.

El/La que suscribe..... domiciliado/a en

.....de la ciudad de.....CP.....

Tel. .... Mat.Prov..... LE-DNI-LC ....., fecha de nacimiento....., solicita su incorporación a A.F.A.L.P., como :

Socio Activo

Socio Activo Prestador

Prestador Adherente

E-mail:.....

.....

firma y sello

Firma de dos proponentes

Aclaración de las firmas

.....

.....

**Tildar el área de la Fonoaudiología a la cual se dedica:**

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

Fonoestomatología

Lenguaje

Voz

Audiología

Títulos..... Fecha:.....  
..... Fecha:.....  
Expedidos por.....

Lugar donde trabaja .....

.....

Otros antecedentes .....

.....

.....

## Fonoestomatología

Si se dedica a este área de la Fonoaudiología complete las siguientes preguntas. Si no eligió este área como una a la cual se dedica, no responda y pulse el botón "Siguiente", que figura al pie de la pantalla:

### 1. Indique grupo etario que atiende:

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Adultos
- Adolescentes
- Niños
- Adultos, adolescentes y niños.

### 2. Tilde la/s práctica/s que realiza. Si no realiza ninguna de las señaladas, tilde la opción "Otra" y escriba la práctica que considere:

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Deglución atípica
- Disfagia
- Disfunción tubaria
- Disfunción de la ATM
- Dislalia

- 
- Fisura labio alveolo palatina  
 Incompetencia velo-faríngea  
 Respiración bucal  
 Reflujo gastro-esofágico  
 Rinolalia  
 Otros:
- 

## Lenguaje

Si se dedica a este área de la Fonoaudiología complete las siguientes preguntas. Si no eligió este área como una a la cual se dedica, no responda y pulse el botón "Siguiente", que figura al pie de la pantalla:

### 3. Indique grupo etario que atiende:

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Adultos  
 Adolescentes  
 Niños  
 Adultos, adolescentes y niños.

### 4. Tilde la/s práctica/s que realiza. Si no realiza ninguna de las señaladas, tilde la opción "Otra" y escriba la práctica que considere:

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Atención temprana del retraso del lenguaje.  
 Evaluación y/o tratamiento neurolingüístico.  
 Evaluación de la percepción de sonidos, habla y lenguaje en pacientes con HNS.  
 Dislexia  
 Disfluencia  
 T.E.A. (Evaluación)  
 T.E.A. (Tratamiento)  
 T.E.A. (Evaluación y tratamiento)

- T.E.L.
  - Abordaje con C.A.A.
  - Trastornos Fonológicos
  - Re/Habilitación auditiva en bebés, niños y adultos con audífonos e implante coclear.
  - Tratamiento de trastornos del lenguaje por patología auditiva de diferentes grados con audífonos e implante coclear.
  - Terapia Auditiva Verbal
  - Afasia
  - Disartria
  - Rehabilitación del lenguaje en pacientes con Parkinson.
  - Rehabilitación del lenguaje en pacientes con discapacidad visual.
  - Rehabilitación del lenguaje en pacientes con deterioro cognitivo.
  - Otros:
- 

## **Voz**

Si se dedica a este área de la Fonoaudiología complete las siguientes preguntas. Si no eligió este área como una a la cual se dedica, no responda y pulse el botón "Siguiete", que figura al pie de la pantalla:

### **5. Indique grupo etario que atiende:**

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Niños
- Adolescentes
- Adultos
- Niños, adolescentes y adultos

**6. Tilde la/s práctica/s que realiza. Si no realiza ninguna de las señaladas, tilde la opción "Otra" y escriba la práctica que considere:**

---

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Disfonía
  - Laringectomizado
  - Rinofonía
  - Voz profesional
  - Laboratorio de la voz
  - Otros:
- 

**7. ¿Cuál es el soft que utiliza en el laboratorio de la voz?**

---

## **Audiología**

Si se dedica a este área de la Fonoaudiología complete las siguientes preguntas. Si no eligió este área como una a la cual se dedica, no responda y pulse el botón "Siguiente", que figura al pie de la pantalla:

**8. Indique grupo etario que atiende:**

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Niños
- Adolescentes
- Adultos
- Niños, adolescentes y adultos.

**9. Tilde la/s práctica/s que realiza. Si no realiza ninguna de las señaladas, tilde la opción "Otra" y escriba la práctica que considere:**

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Audiometría tonal en adultos
- Audiometría por juego en niños (Hasta 6 años de edad)
- Logoaudiometría
- Pruebas supraliminares

- 
- Impedanciometría y Timpanometría
  - Selección de audífonos
  - Otoemisiones acústicas
  - Potenciales evocados por tonos
  - Audiometría por esfuerzo visual
  - Calibración de implante
  - Calibración de audífono
  - Otros:
- 

**10. Si posee impedanciómetro indicar marca y modelo:**

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Ladie
- Amplade
- Kamplex
- Madsen
- Otros:

**11. Modelo:**

---

**12. Si posee otoemisor indicar marca y modelo:**

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Ladie
  - Amplade
  - Kamplex
  - Madsen
  - Otros:
-

---

**13. Modelo:**

---

**14. Si posee equipos para potenciales evocados indicar marca y modelo:**

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Ladie
  - Amplade
  - Kamplex
  - Madsen
  - Otros:
- 

**15. Modelo:**

---

**16. Si posee audiómetro indicar marca y modelo:**

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Ladie
  - Amplade
  - Kamplex
  - Madsen
  - Otros:
- 

**17. Modelo:**

---

**Exclusivo para uso de la Comisión Directiva:**

Recibido el.....  
el.....

Aprobado

Pagó ..... Factura N° .....

Socio N° .....