



ASOCIACIÓN FONIATRÍA AUDIOLOGÍA Y LOGOPEDIA PROVINCIAL

OBRA SOCIAL		N° AFILIADO			
APELLIDO Y NOMBRE		EDAD	DIA	MES	AÑO
DOMICILIO	TELÉFONO CON CÓDIGO DE ÁREA	LOCALIDAD			

R/P

DIAGNÓSTICO:

Fecha de realización del estudio:	N° Autorización:



ASOCIACIÓN FONIATRÍA AUDIOLOGÍA Y LOGOPEDIA PROVINCIAL

OBRA SOCIAL		N° AFILIADO			
APELLIDO Y NOMBRE		EDAD	DIA	MES	AÑO
DOMICILIO	TELÉFONO CON CÓDIGO DE ÁREA	LOCALIDAD			

R/P

DIAGNÓSTICO:

Fecha de realización del estudio:	N° Autorización:

INFORME AUDIOLÓGICO

PRUEBAS	RESULTADO/OBSERVACIONES
AUDIOMETRÍA	
LOGOAUDIOMETRÍA	
IMPEDANCIOMETRÍA	
TIMPANOMETRÍA	
SELECCIÓN AUDÍFONO	
OTOEMISIONES ACÚSTICAS	
SUPRALIMINARES	

FIRMA AFILIADO O FAMILIAR

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

INFORME AUDIOLÓGICO

PRUEBAS	RESULTADO/OBSERVACIONES
AUDIOMETRÍA	
LOGOAUDIOMETRÍA	
IMPEDANCIOMETRÍA	
TIMPANOMETRÍA	
SELECCIÓN AUDÍFONO	
OTOEMISIONES ACÚSTICAS	
SUPRALIMINARES	

FIRMA AFILIADO O FAMILIAR

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL