

ANEXO VII- PLANILLAS DE SOLICITUD/ RENOVACIÓN DE EQUIPAMIENTO AUDIOLÓGICO

HISTORIA AUDITIVA

FECHA: ____/____/____

Apellido y nombre: _____ N° de afiliado: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____ Edad: _____

D.N.I.: _____ Email: _____

Tel celular de contacto: _____ Derivación: _____
(matrícula): _____

Motivo de la consulta: _____

Ocupación: _____

Síntomas generales que presenta: Acúfenos Mareos Vértigo

Otros: _____

Equipamiento audiológico utilizado anteriormente:

Fecha: ____/____/____

Equipado por la /el fonoaudióloga/o: _____ Matrícula: _____

Lugar: _____ Patología previa: _____

Audífono OD: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Audífono OI: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Tiempo de uso: _____

Equipamiento audiológico seleccionado actualmente:

Fecha: ____/____/____

Equipado por la /el fonoaudiólogo/a: _____ Matrícula: _____

Lugar: _____ Patología existente: _____

Audífono OD: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Audífono OI: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Adjuntar ficha técnica de audífono seleccionado: _____

Observaciones: _____

Firma del afiliado/a - Aclaración/DNI

Firma y sello del profesional - Aclaración/DNI