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 Prestador

E-mail:.........................................................................

...........................................

 firma y sello

.

**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 esta área de la Fonoaudiología complete las siguientes preguntas. Si no eligió esta 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 esta área de la Fonoaudiología complete las siguientes preguntas. Si no eligió esta 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 neurolingüística.

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 esta área de la Fonoaudiología complete las siguientes preguntas. Si no eligió esta área como una a la cual se dedica, no responda y pulse el botón "Siguiente", 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 esta área de la Fonoaudiología complete las siguientes preguntas. Si no eligió esta 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.......................... Aprobado el................

Pagó................... Factura Nº....................... Socio Nº.................