



**SOLICITUD DE EQUIPAMIENTO AUDIOLÓGICO**

FECHA	APELLIDO Y NOMBRE AFILIADO	N° DE CARNET	EDAD
DOMICILIO-LOCALIDAD		TELÉFONO	CEL.
ACTIVIDAD LABORAL		DIAGNÓSTICO	
USUARIO (indicar si es o ha sido usuario de audifono):.....			
RESUMEN HISTORIA CLÍNICA			
.....			
.....			
.....			
.....			

**RESULTADOS DE ESTUDIOS FONOAUDIOLÓGICOS**

**AUDIOMETRÍA:**

- TIPO DE HIPOACUSIA: .....
- GRADO DE HIPOACUSIA: .....
- BILATERAL O UNILATERAL: .....
- SIMÉTRICA O ASIMÉTRICA: .....

**LOGOAUDIOMETRÍA:**

- NIVEL DE DISCRIMINACIÓN: .....
- UMBRAL DE VOZ: .....
- UMBRAL DE PALABRA: .....
- UMBRAL DE MOLESTIA: .....

**ACUFENOS:** SI o NO.

**CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPAMIENTO AUDIOLÓGICO**

Prueba de selección: Audífono retroauricular o intracanal.

Características acústicas del audífono:

- RANGO DE POTENCIA: .....
- GANANCIA AUDITIVA: .....
- DISCRIMINACIÓN: .....

.....

SELLO Y FIRMA DE AUDITORÍA MEDICA DE D.O.S.

.....

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL  
BAJO DECLARACIÓN JURADA