

## ANEXO II - Formulario para provisión de Prótesis Auditiva

*Este formulario debe ser completado por el médico otorrinolaringólogo y el fonoaudiólogo o técnico en audiología interviniente*

<b>Datos del afiliado</b>								<b>Nombre y Apellido:</b>			
DNI		Edad		Género		Nro de Afiliado		Teléfono			
<b>Evaluación Médica ORL</b>											
<b>1. Diagnóstico</b>	Hipoacusia conductiva   Hipoacusia sensorineural   Hipoacusia mixta   Otros:										
<b>2. Hallazgos de examen físico:</b>		Conducto Auditivo externo:				Timpano:		Cadena ossicular:			
<b>3. Estudios previos realizados:</b>		Audiometría tonal   Logaudiometría   Timpanometría   Resonancia Magnética   AETC   Otros:									
<b>4. Descartes realizados:</b>		Patología quirúrgica reversible   Infección activa   Cuerpo extraño   Colesteatoma   Otros:									
<b>5. Indicación médica:</b>		Audífono unilateral		Audífono bilateral		No corresponde audífono (justificar):					
En base al diagnóstico y estudios realizados, se considero que el paciente requiere prótesis auditiva como medida de rehabilitación					Si	<b>Firma y aclaración de especialista</b>					
					No	<b>Matrícula</b>					
<b>ESTUDIO AUDIOLÓGICO COMPLETO</b>											
Profesional responsable:						Matrícula:		Fecha de estudio:			
<b>1. Audiometría tonal limiar</b>				<b>2. Logaudiometría</b>				<b>3. Timpanometría</b>			
Frecuencia (Hz)	Oído derecho (dB)		Oído izquierdo (dB)		Índice de Reconocimiento de Palabras				Oído	Curva tipo	Reflejos
250					Oído derecho		%		Derecho		
500					Oído izquierdo		%		Izquierdo		
1000					<b>Observaciones Técnicas:</b>						
2000											
4000											
8000					El estudio confirma la presencia de hipoacusia _____, compatible con la indicación de audífonos				Nombre y firma del profesional		
Tipo de Hipoacusia: Conductiva   Sensorineuronal   Mixta								Matrícula			
Grado de pérdida aud: Leve   Moderada   Severa   Profunda											
<b>JUSTIFICACIÓN TÉCNICA DE LA NECESIDAD DE AUDÍFONOS</b>											
Descripción del impacto de la jipoacusia en la calidad de vida del paciente y fundamento técnico de la indicación de prótesis auditiva											
<b>ANEXOS Y DOCUMENTACIÓN ADJUNTA</b>						Afiliado/a: <i>Declaro que la información proporcionada es correcta y autorizo a mi obra social a realizar las gestiones pertinentes para la provisión de audífonos.</i>					
Copia de historia clínica completa											
Copia del certificado de discapacidad (si aplica)											
Otros estudios complementarios:											
Nota importante: La documentación debe estar firmada y sellada por los profesionales intervinientes, con sus matrículas profesionales visibles. Los estudios no deben tener más de 6 meses de antigüedad salvo que se justifique clínicamente.						<b>Firma y aclaración del afiliado</b>					
						<b>Fecha de solicitud</b>					