

SOLICITUD DE AUDÍFONO

FECHA DE SOLICITUD ____/____/____

POR FAVOR COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE	
PRESTADOR PRESCRIPTOR	NOMBRE _____
	DIRECCIÓN _____
	LOCALIDAD _____ C.P. _____ PROVINCIA _____
	N° TELÉFONO _____ N° FAX _____
	E-MAIL _____
BENEFICIARIO	N° DE AFILIADO _____
	APELLIDO Y NOMBRE _____
	DOCUMENTO N° _____ D.N.I. () _ L.E./L.C. ()
	FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD ____
	SEXO F () _ M ()

SOLICITUD DE SELECCIÓN

Diagnóstico _____

Características técnicas del audífono _____

EQUIPAMIENTO: UNILATERAL () _ BILATERAL ()

ACOMPaña AUDIOMETRIA SI () _ NO ()

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL