Ministerio de Desarrollo Social Gobierno de Chile	**ANEXO N°15** **FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS PARA LA AUDICIÓN – AUDÍFONOS Y EQUIPOS FM 2016**

FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO ES OBLIGATORIO (Ítem VI)
PROFESIONALES CONSIDERADOS PARA LA INDICACIÓN DE ELEMENTOS PARA LA AUDICIÓN:
MÉDICO OTORRINOLARINGÓLOGO, TECNÓLOGO MÉDICO ORL, FONOAUDIÓLOGO

IMPORTANTE:
POR FAVOR CONSIDERE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

1. Todos los campos son obligatorios.
2. Formulario exclusivo para personas **de 7 años en adelante.**
3. Formularios deben ser legibles.
4. Formularios son válidos hasta 1 año de antigüedad.
5. SENADIS no financia ayudas técnicas cubiertas por otros organismos del Estado.

FECHA DE INDICACIÓN	/ /

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE:

NOMBRE							**R.U.T.**										-	
F. NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	/ /						**EDAD**											
DIAGNÓSTICO(S)																		
PESO (kgs.)		**ESTATURA (mts.)**		**CONTEXTURA**														
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERISTICAS FISICAS																		
TIPO DE DEFICIENCIA		**FÍSICA**		**SENSORIAL**		**PSÍQUICA/MENTAL**												
LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD[1]		**LEVE**		**MODERADO**		**SEVERO**		**GRAVE**										

II. ÁREA(S) DE INCLUSIÓN A FAVORECER CON LA(S) AYUDA(S) TÉCNICA(S) SOLICITADAS:

☐ **a) EDUCACIÓN** ☐ **b) SALUD** ☐ **c) LABORAL**

☐ **d) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA** ☐ **e) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

[1] Se refiere al grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

III. AYUDA(S) TÉCNICA(S) SOLICITADA(S)

IMPORTANTE: Dejar en blanco, en caso de no solicitar algún tipo de elemento.

IMPORTANTE:

- Los exámenes audiométricos (audiometría, impedanciometría, BERA, etc.) no pueden sobrepasar los **6 meses de antigüedad.**
- Debe adjuntar **audiometría más impedanciometría**, para la postulación de audífonos y/o equipo FM para menores de 12 años.
- Debe adjuntar **BERA más Impedanciometría**, para personas que no pueden cooperar con la audiometría tonal convencional.
- Considerar que el BERA deberá incluir los registros de la respuesta y la conclusión.
- El equipo FM (receptor(es), transmisor o ambos) sólo será considerado en el ámbito educativo y según la situación particular del (de la) solicitante, debiendo adjuntar **certificado de alumno regular** u otro pertinente.
- El financiamiento de audífonos/equipo FM junto con notebook, sólo será aprobado de acuerdo a la situación particular del (de la) solicitante.

ANTECEDENTES:						
UTILIZACIÓN AUDÍFONOS		**SI**		**NO**		**NUNCA HA UTILIZADO**
OÍDO QUE UTILIZA AUDÍFONO		**DERECHO**		**IZQUIERDO**		
MODELO QUE UTILIZA					**TIEMPO USO (meses)**	

DIAGNOSTICO O.R.L.				
TIPO DE PÉRDIDA	☐ **NEUROSENSORIAL**	☐ **TRANSMISIVA**	☐ **MIXTA**	
EDAD ADQUISICIÓN	☐ **CONGÉNITA**	☐ **ADQUIRIDA**	☐ **PRELINGUAL**	☐ **POSTLINGUAL**
PATOLOGÍAS	☐ **H.S.N. CONGÉNITA** ☐ **OTRA (indicar)**	☐ **TORCHES**	☐ **OTITIS CRÓNICA**	☐ **AGENESIA**
OTRA PATOLOGÍA				

GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA		
	OÍDO DERECHO	**OÍDO IZQUIERDO**
GRADOS DE PÉRDIDA AUDITIVA	☐ **LEVE (20-40 dB.)** ☐ **MEDIA (40-70 dB.)** ☐ **SEVERA (70-90 dB.)** ☐ **SORDERA (+ de 90 dB.)**	☐ **LEVE (20-40 dB.)** ☐ **MEDIA (40-70 dB.)** ☐ **SEVERA (70-90 dB.)** ☐ **SORDERA (+ de 90 dB.)**
P.T.P. V.A.		
V.O.		
% DISCRIMINACIÓN		

EXÁMENES REALIZADOS			
	☐ **AUDIOMETRÍA TONAL** ☐ **LOGOAUDIOMETRÍA**	☐ **IMPEDANCIOMETRÍA** ☐ **PEAT**	☐ **PRUEBA DE AUDÍFONOS** ☐ **AUDIOMETRÍA A CAMPO LIBRE**

SUGIERE CONTROL AUDIOLÓGICO		
	☐ **SEMESTRAL**	☐ **ANUAL**

AUDÍFONO		
IMPORTANTE: - Marque sólo una opción por cada oído. - Si la indicación es unilateral, marque sólo en el oído que desea implementar.	**OÍDO DERECHO**	**OÍDO IZQUIERDO**
	☐ **RETROAURICULAR** ☐ **CIC** ☐ **CINTILLO ÓSEO** ☐ **SISTEMA CROS / BICROS**	☐ **RETROAURICULAR** ☐ **CIC** ☐ **CINTILLO ÓSEO** ☐ **SISTEMA CROS / BICROS**
INDIQUE CARACTERÍSTICAS		

EQUIPO FM		
RECEPTOR	☐ **OÍDO DERECHO**	☐ **OÍDO IZQUIERDO**
TRANSMISOR	☐ **SI**	☐ **NO**
INDIQUE CARACTERÍSTICAS		

IV. REPARACIONES O CAMBIO DE COMPONENTES

IMPORTANTE: Dejar en blanco, en caso de no solicitar algún tipo de reparación o cambio de componente.

TIPO DE ELEMENTO			
	☐ PROCESADOR/AMPLIFICADOR	☐ MICRÓFONO	☐ RECEPTOR/PARLANTE
IMPORTANTE: Fundamentar la solicitud de reparación o cambio de componente.			

V. PLAN DE INTERVENCIÓN ASOCIADO A LA AYUDA TÉCNICA:

IMPORTANTE: Ítem obligatorio. Realizado por profesional que indica, o responsable del plan posterior entrega.

RECAMBIO DE LA AYUDA TECNICA		
IMPORTANTE: Informar si la(s) ayuda(s) técnica(s) indicada(s) corresponde(n) a una renovación.	☐ **SI**	☐ **NO**

DESCRIPCIÓN DE OBJETIVO(S) E IMPACTO DESEADO CON LA(S) AYUDA(S) TÉCNICA(S) INDICADA(S)
IMPORTANTE: Deben estar en directa relación a la(s) área(s) de inclusión especificadas en Ítem II: **a) EDUCACIÓN** **b) SALUD** **c) LABORAL** **d) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA** **e) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

ACTIVIDADES A DESARROLLAR CON LA(S) AYUDA(S) TÉCNICA(S) INDICADA(S)	
N°	**DESCRIPCIÓN**
1	
2	
3	

NOMBRE PROFESIONAL		**RUT PROFESIONAL**	-
PROFESIÓN		**INSTITUCIÓN**	
DIRECCIÓN			
TELÉFONOS		**E-MAIL**	
FIRMA		**TIMBRE**	

VI. MÉDICO QUE RESPALDA ESTA INDICACIÓN:

IMPORTANTE: Ítem obligatorio.

NOMBRE PROFESIONAL		**RUT PROFESIONAL**	-
PROFESIÓN		**INSTITUCIÓN**	
DIRECCIÓN			
TELÉFONOS		**E-MAIL**	
FIRMA		**TIMBRE**	