



## FORMULARIO ÚNICO DE INDICACIÓN N°3 DE ELEMENTOS PARA LA AUDICIÓN Y FONACIÓN



### Importante:

- La indicación de elementos para la audición y fonación debe ser realizada por un **médico otorrinolaringólogo**. De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.
- Los tipos y características de las Ayudas Técnicas indicadas están sujetos a revisión para asegurar su pertinencia técnica. - Para completar adecuadamente este formulario respecto a la selección de las características de las Ayudas Técnicas, requiere estar en conocimiento del Anexo N°1 "Listado de Ayudas Técnicas y Tecnologías de Apoyo año 2025" de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección "Trámites y Beneficios" y luego "Programa de Ayudas Técnicas".
- Este Formulario de indicación está unificado y podrá ser utilizado en todas las Convocatorias para el financiamiento de ayudas técnicas 2025.

(\*) Fecha de indicación

 /  / 

### I. Antecedentes personales del solicitante:

(\*) Campos obligatorios, en caso de no completar con la información requerida es motivo de rechazo de la postulación

(\*) Nombre:

(\*) RUN:

 - 

(\*) Diagnóstico(s) médico(s):

(\*) Justificación de la solicitud de la ayuda técnica:

#### Considere la siguiente información para la postulación a audífonos y equipo FM:

- El examen audiológico (Audiometría o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Cerebral Clínico (PEATc)) es obligatorio y no puede sobrepasar los 6 meses de antigüedad.
- Considerar que el PEATc deberá incluir los registros de la respuesta y la conclusión.
- Todos los campos son obligatorios. Los formularios incompletos serán observados o rechazados en la etapa de evaluación.

## II. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar:

Marque la(s) ayuda(s) técnica(s) que requiera y sus características a solicitar según corresponda

### CATEGORÍA: COMUNICACIÓN, AUDICIÓN Y FONACIÓN

**Obligatorio:**

- Debe marcar sólo una opción (A, B o C) según corresponda.
- Debe seleccionar solo un tipo de audífono y grado de severidad (si corresponde).

**Importante:**

- El equipo FM sólo puede ser postulado como complemento de un audífono BTE tradicional y RITE/RIC postulado en este formulario, cualquier postulación con otro tipo de audífono o del equipo FM por sí solo, serán rechazadas.

Audífono	Características			
<input type="radio"/> <b>OPCIÓN A:</b> Audífono con adaptación tradicional	<input type="radio"/> Audífono tipo retroauricular (BTE) tradicional	<b>Oído derecho:</b> grado de severidad	<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo <input type="radio"/> Profundo	
		<b>Oído izquierdo:</b> grado de severidad	<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo <input type="radio"/> Profundo	
		<input type="radio"/> Audífono tipo retroauricular (RITE/RIC)	<input type="radio"/> Oído derecho	
		<input type="radio"/> Audífono tipo retroauricular (RITE/RIC)	<input type="radio"/> Oído izquierdo	
	<input type="radio"/> Audífono tipo Intra canal	<input type="radio"/> Oído derecho		
	<input type="radio"/> Audífono tipo Intra canal	<input type="radio"/> Oído izquierdo		
	<input type="radio"/> <b>OPCIÓN B:</b> Audífono con vibrador y cintillo óseo	<input type="radio"/> Oído derecho		<input type="radio"/> Oído izquierdo
		<input type="radio"/> CROS (1 audífono + 1 transmisor)		<input type="radio"/> BICROS (1 audífono + 1 audífono transmisor)
<input type="radio"/> Equipo FM			<input type="radio"/> Laringe electrónica	

(\*) RUN del solicitante:

 - 

### III. Identificación del médico especialista que respalda la indicación:

(\*) Campos obligatorios, en caso de no completar con la información requerida es motivo de rechazo de la postulación

(\*) Nombre:

(\*) RUN:

 - 

(\*) Profesión:

Institución:

(\*) Teléfono:

(\*) Correo electrónico:

(\*) Firma y timbre: