



Firma y timbre del profesional que indica y del médico que respalda son obligatorias (ítem III - IV)

**Importante:** si bien la indicación de estos elementos puede ser apoyada por profesional tecnólogo(a) médico(a) ORL, fonoaudiólogo(a), debe ser **respaldado obligatoriamente** por un médico especialista (otorrinolaringólogo). De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.

Anexo 14:

## FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS PARA LA AUDICIÓN Y FONACIÓN 2018

Fecha de indicación

 /  / 

### I. Antecedentes personales del solicitante

Nombre

Run

 - 

Diagnóstico(s)

Descripción funcional y/o características físicas

(Justificación de la solicitud de la ayuda técnica)

Limitación en la funcionalidad<sup>1</sup>

Leve

Moderado

Severo

### II. Ayuda(s) técnica(s) solicitada(s)

**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.

#### Antecedentes clínicos

Tipo de pérdida:  Neurosensorial

Transmisiva

Mixta

Tinnitus

Edad adquisición:  Congénita

Adquirida

Pre lingüística

Post lingüística

Patologías

#### Grado de pérdida auditiva

	Oído derecho	Oído izquierdo
Grado de pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Leve (20-40 db.)	<input type="checkbox"/> Leve (20-40 db.)
	<input type="checkbox"/> Media (40-70 db.)	<input type="checkbox"/> Media (40-70 db.)
	<input type="checkbox"/> Severa (70-90 db.)	<input type="checkbox"/> Severa (70-90 db.)
	<input type="checkbox"/> Profunda (+ de 90 db.)	<input type="checkbox"/> Profunda (+ de 90 db.)
P.T.P. V.A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P.T.P. V.O.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
% discriminación	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>1</sup>Se refiere al grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

## Antecedentes uso audífonos

Utilización Audífonos

- Si  
 No  
 Nunca ha utilizado

Señale marca/ modelo / tiempo de uso

Oído que utiliza audífono

- Derecho  
 Izquierdo

Modelo que utiliza

Tiempo uso (meses)

## Exámenes realizados

- Audiometría tonal  
 Impedanciometría  
 Prueba de audífonos  
 Logaudiometría  
 Peat  
 Audiometría a campo libre

## A) Elementos para la audición

### Audífono

#### Importante:

» Marque sólo una opción por cada oído.

» Si la indicación es unilateral, marque sólo en el oído que desea implementar.

#### Oído derecho

- Retroauricular  
 BTE tradicional con opción open  
 RITE/RIC  
 ITE/ITC/CIC  
 Con vibrador y cintillo óseo  
 Sistema CROS / BICROS

#### Oído izquierdo

- Retroauricular  
 BTE tradicional con opción open  
 RITE/RIC  
 ITE/ITC/CIC  
 Con vibrador y cintillo óseo  
 Sistema CROS / BICROS

Indique principales necesidades:

Nº de canales:

Nº de programas:

Conectividad:

Manejo de tinitus:

Otra:

### Equipo FM

Transmisor  Si  No Indique características

## Equipo FM

Receptor  Oído derecho      Transmisor  Si  
 Oído izquierdo                       No

Marque principales características de receptor según necesidad:

Anclado al audífono o incorporado       Al cuello       Compatible con implante coclear (indique marca y modelo del implante)

## B) Elementos para la fonación

### Antecedentes médicos y diagnósticos

Tipo de pérdida:  Quirúrgica       Traumática       Otra (indicar)

Otra patología (indicar características)

### Tipo de rehabilitación (indicar\*)

**Importante:** indicar en caso de haber recibido algún tipo de rehabilitación.

Rehabilitación quirúrgica       Rehabilitación no quirúrgica       Prótesis o válvula (voz traqueo-esofágica)       Erigmofonación (voz esofágica)

Observaciones

### Laringe electrónica

Indique características y accesorios (si corresponde)

### Consideraciones

Declaro que el(la) postulante cumple con las condiciones necesarias para la adaptación de las ayudas técnicas requeridas

Si       No

### III. Plan de intervención asociado a la(s) ayuda(s) técnica(s)

Marque las áreas de inclusión más relevantes e indique objetivos para cada una de ellas.

**Importante:** Realizado por profesional que indica o responsable del plan posterior entrega.

Área de inclusión a favorecer con la(s) ayuda(s) técnica(s) solicitada(s)	Objetivos Importante: deben estar en directa relación con las áreas de inclusión que se busca favorecer
<input type="checkbox"/> Educación: Acceso al sistema educativo (formal, informal o especial).	
<input type="checkbox"/> Participación Comunitaria: Participación en actividades en contextos familiares, políticos, culturales, económicos sociales y de recreación.	
<input type="checkbox"/> Salud: Procesos que favorecen la prevención del aumento en el grado de discapacidad y facilitan la funcionalidad.	
<input type="checkbox"/> Laboral: Acceso al trabajo remunerado (formal e informal) y/o voluntariado.	
<input type="checkbox"/> Actividades de la vida diaria: Actividades básicas e instrumentales que favorezcan la independencia/autonomía.	

### IV. Profesional que indica y médico que respalda la indicación

**Importante:** si bien la indicación para elementos para la audición y la fonación puede ser apoyada por profesional, tecnólogo(a) médico ORL, fonoaudiólogo(a), debe ser **respaldado obligatoriamente** por un médico especialista (otorrinolaringólogo). De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.

Profesional que indica		Médico que respalda indicación	
Nombre		Nombre	
Run		Run	
Profesión		Profesión	
Institución		Institución	
Comuna	Teléfono(s)	Comuna	Teléfono(s)
E-mail		E-mail	
Firma y timbre		Firma y timbre	