

ANEXO N°7 FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS PARA LA AUDICIÓN Y FONACIÓN CONVOCATORIA AÑO 2020

Importante:

- La indicación de elementos para la audición y fonación puede ser apoyada por profesional tecnólogo médico ORL o fonoaudiólogo, sin embargo, debe ser **respaldado obligatoriamente** por un médico otorrinolaringólogo. De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**. Profesional declara que postulante cumple con las condiciones necesarias para la adaptación de las Ayudas Técnicas requeridas. 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°2 Catálogo de Ayudas Técnicas Convocatoria Año 2020” de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección “Beneficios” y luego “Ayudas Técnicas.

Fecha de indicación / /

I. Antecedentes personales del solicitante:

Nombre	Run
Diagnóstico(s)	
Justificación solicitud de la ayuda técnica	

II. Ayuda(s) técnica(s) a solicitar

A) Elementos para la audición

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 uso de audífonos

Oído(s) que utiliza audífono	Derecho	Izquierdo	Actualmente no utiliza
Señale tipo / marca / modelo:			Tiempo uso (años o meses)
Exámenes realizados			
<input type="checkbox"/> Audiometría tonal	<input type="checkbox"/> Impedanciometría	<input type="checkbox"/> Prueba de audífonos	
<input type="checkbox"/> Logaudiometría	<input type="checkbox"/> Peat	<input type="checkbox"/> Audiometría a campo libre	

Audífono(s)

	Oído derecho	Oído izquierdo
Importante: - Marque sólo una opción por cada oído. - Si la indicación es unilateral, marque sólo en el oído que desea implementar.	Retroauricular (marque una opción) <input type="checkbox"/> BTE tradicional con opción open <input type="checkbox"/> RITE/RIC <input type="checkbox"/> ITE/ITC/CIC <input type="checkbox"/> Con vibrador y cintillo óseo <input type="checkbox"/> Sistema CROS / BICROS	Retroauricular (marque una opción) <input type="checkbox"/> BTE tradicional con opción open <input type="checkbox"/> RITE/RIC <input type="checkbox"/> ITE/ITC/CIC <input type="checkbox"/> Con vibrador y cintillo óseo <input type="checkbox"/> Sistema CROS / BICROS
	Indique principales necesidades.	
	- Marque sólo una opción por cada característica.	
	Perfil de usuario / tecnología:	BÁSICO
Nº de canales:	5 a 7	8 a 12 13 o superior
Nº de programas:	2 a 3	4 o superior
Conectividad:	No requiere	Para un equipo FM Inalámbrica
Manejo de tinnitus:	NO	SÍ

Equipo FM

Importante: Sólo en contexto educativo y sujeto a evaluación. Requiere certificado de alumno regular tal como se señala en Anexo 1.

Transmisor	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Receptor	<input type="checkbox"/> Oído derecho	<input type="checkbox"/> Oído izquierdo
Indique principales características de receptor según necesidad:		
<input type="checkbox"/> Anclado al audífono o incorporado	<input type="checkbox"/> Al cuello	<input type="checkbox"/> Compatible con implante coclear
Indique marca y modelo del implante:		

B) Elementos para la fonación

Antecedentes médicos y diagnósticos	
Tipo de pérdida	
<input type="checkbox"/> Quirúrgica	<input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Otra (indicar)
Otra patología (indicar características)	
Tipo de rehabilitación	
Importante: indicar en caso de haber recibido algún tipo de rehabilitación.	
<input type="checkbox"/> Rehabilitación quirúrgica <input type="checkbox"/> Rehabilitación no quirúrgica	<input type="checkbox"/> Prótesis o válvula (voz traqueo-esofágica) <input type="checkbox"/> Erigimofonación (voz esofágica)
Observaciones	

Laringe electrónica
<input type="checkbox"/> Laringe electrónica para rehabilitación del habla, con tecnología digital.

III. Identificación de profesional que indica y médico que respalda la indicación:

Si esta indicación fue realizada exclusivamente por médico otorrinolaringólogo, debe completar sólo el registro "Médico que respalda indicación".

Profesional que indica		Médico que respalda indicación	
Nombre		Nombre	
Run		Run	
Profesión		Profesión	
Institución		Institución	
Teléfono		Teléfono	
Email		Email	
Firma y timbre		Firma y timbre	