

**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 2024" de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección "Trámites y Beneficios" y luego "Programa de 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**

**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.

**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).

Audífono	Características			
<input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN A:</b> Audífono con adaptación tradicional	<input type="checkbox"/> Audífono tipo retroauricular (BTE) tradicional	Oído derecho: grado de severidad	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Profundo	
		Oído izquierdo: grado de severidad	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Profundo	
		<input type="checkbox"/> Audífono tipo retroauricular (RITE/RIC)	Oído	<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo
			<input type="checkbox"/> Audífono tipo Intracanal	Oído
	<input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN B:</b> Audífono con vibrador y cintillo óseo	<input type="checkbox"/> Oído derecho		<input type="checkbox"/> Oído izquierdo
	<input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN C:</b> Sistema CROS o BICROS	<input type="checkbox"/> CROS (1 audífono + 1 transmisor)		
<input type="checkbox"/> BICROS (1 audífono + 1 audífono transmisor)				

CATEGORÍA: COMUNICACIÓN, AUDICIÓN Y FONACIÓN	
<b>IMPORTANTE:</b>	
- El equipo FM sólo puede ser postulado como complemento de un <b>audífono BTE tradicional postulado en este formulario</b> , cualquier postulación con otro tipo de audífono o del equipo FM por sí solo, serán rechazadas.	
Ayuda técnica	Características
<input type="checkbox"/> Equipo FM	No aplica

**B) Elementos para la fonación**

- Debe marcar casilla en caso de requerir Laringe electrónica.

CATEGORÍA: COMUNICACIÓN, AUDICIÓN Y FONACIÓN	
* Marque la Ayuda Técnica y sus características a solicitar	
Ayuda técnica	Características
<input type="checkbox"/> Laringe electrónica	No aplica

**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

<b>(*) Nombre:</b>	<b>(*) RUN:</b>
<b>(*) Profesión / Especialidad:</b>	<b>Institución:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>(*) Firma y timbre de profesional que indica:</b>
<b>Correo electrónico:</b>	