

Formulario Único de Indicación N°3

Elementos para la audición y fonación

Importante:

- La indicación de estos elementos debe ser realizada por un médico otorrinolaringólogo. De lo contrario, se considera motivo de rechazo de la postulación o solicitud.
- 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 2026” de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección “Trámites y Beneficios” y luego “Programa de Ayudas Técnicas”.
- El presente formulario de indicación tiene carácter transversal y será de uso obligatorio en todas las convocatorias de financiamiento de ayudas técnicas del año 2026, tanto para el Programa Regular como para el Subsistema de Seguridades y Oportunidades.

Fecha de indicación:

1. Antecedentes personales del solicitante:

Todos los campos son obligatorios. Si no se completan, la postulación o solicitud podrá ser rechazada.

| | |
|---|--|
| Nombre: | |
| RUN: | |
| Diagnósticos médicos: | |
| Justificación de la indicación de la ayuda técnica: (Debe incluir características funcionales de la persona y objetivo de la utilización de la ayuda técnica) | |

2. Considere la siguiente información para la postulación o solicitud de audífonos y micrófono inalámbrico

- El exámen audiológico como la Audiometría o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Cerebral Clínico (PEATc) es obligatorio y no puede sobrepasar los 6 meses de antigüedad al momento de la postulación o solicitud.
- 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.

3. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar:

Marque las ayudas técnicas requeridas y sus características

Categoría: Comunicación, audición y fonación

Importante:

Debe seleccionar sólo un tipo de audífono y grado de severidad (si corresponde).

El micrófono inalámbrico sólo puede ser postulado o solicitado como complemento de un audífono BTE tradicional y RITE/RIC postulado en este mismo formulario. Cualquier postulación o solicitud con otro tipo de audífono o del micrófono inalámbrico por sí solo será rechazada.

- Audífono tipo retroauricular (BTE) tradicional

| Oído derecho: grado de severidad | |
|------------------------------------|--|
| Leve o moderado | |
| Severo o profundo | |
| Oído izquierdo: grado de severidad | |
| Leve o moderado | |
| Severo o profundo | |

- Audífono tipo retroauricular (RITE/RIC)

| Oído | Marque con una X su selección |
|-----------|-------------------------------|
| Derecho | |
| Izquierdo | |

- Audífono tipo intracanal

| Oído | Marque con una X su selección |
|-----------|-------------------------------|
| Derecho | |
| Izquierdo | |

- Audífono con vibrador y cintillo óseo

| Oído | Marque con una X su selección |
|-----------|-------------------------------|
| Derecho | |
| Izquierdo | |

- CROS (1 audífono y 1 transmisor)

- BICROS (1 audífono y 1 audífono transmisor)

Laringe Electrónica

Se puede solicitar con o sin audífonos.

Micrófono inalámbrico

Solo si marcó Audífono tipo retroauricular (BTE) tradicional o Audífono tipo retroauricular (RITE/RIC).

4. Identificación del médico otorrinolaringólogo que respalda la indicación

Todos los campos son obligatorios. Si no se completan, la postulación o solicitud podrá ser rechazada.

Indique nuevamente el RUN de la persona solicitante (persona con discapacidad que postula o solicita la ayuda técnica).

RUN persona con discapacidad:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Nombre de profesional: | |
| RUN de profesional: | |
| Profesión: | |
| Correo electrónico: | |
| Firma y timbre de profesional: | |