

Datos del afiliado

Nombre y Apellido

Tipo y número de documento DNI LE LC Localidad

Domicilio

Teléfono E - mail

Nivel de escolaridad

Trabajo en el que se desempeña

N° de expediente

Antecedentes Auditivos

Tipo y grado de Hipoacusia

Antecedentes familiares

Antecedentes

Dolor de oído Mareos Supuración Acúfenos

Audífonos utilizados con anterioridad: Tipo Modelo

Uso de audífonos actuales: Tipo Modelo

Antecedentes Audiológicos

Seguimiento y calibración realizada:

Fecha

--	--	--

Adaptación a los audífonos

--

Tratamientos anteriores recibidos

--

Recomendaciones

--

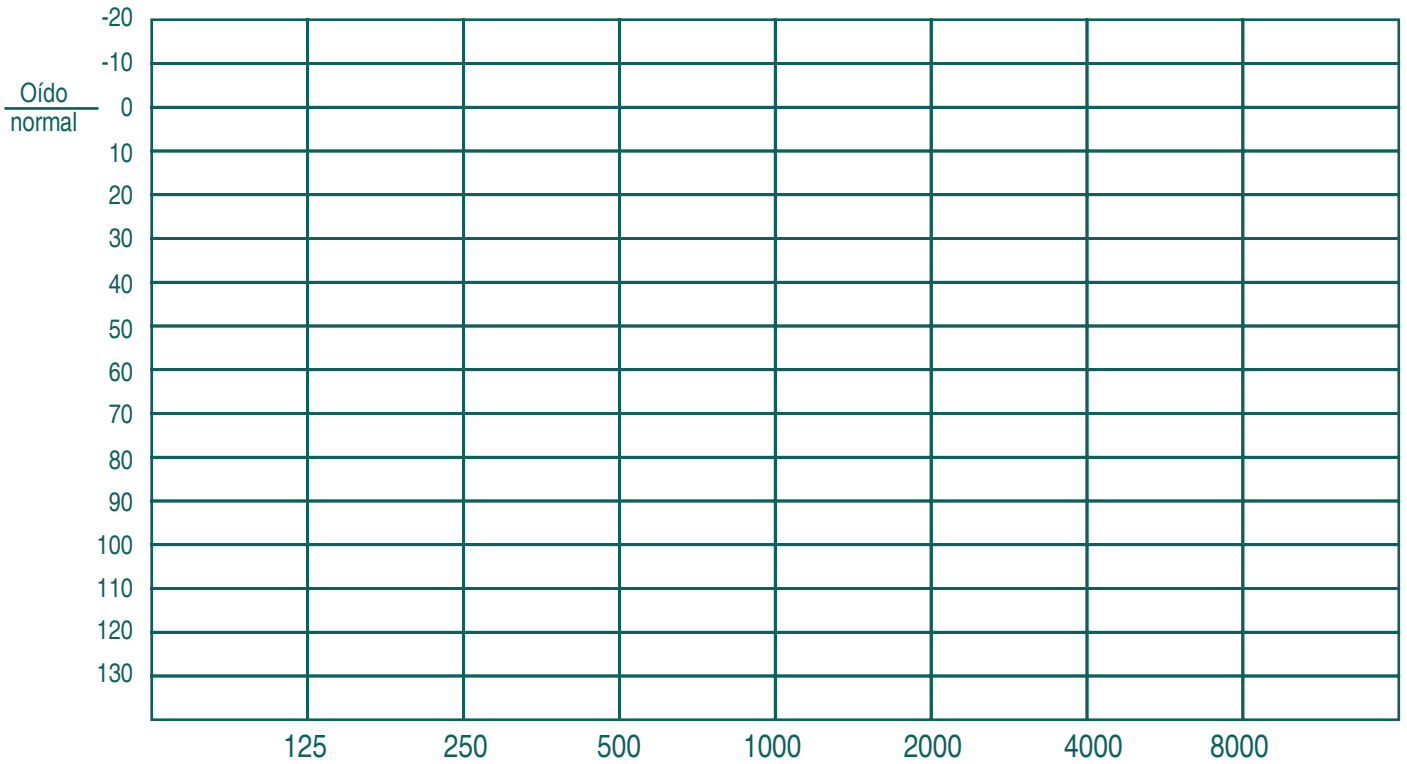
INFORME PRESUNTIVO

--

.....

Firma

Audiometría

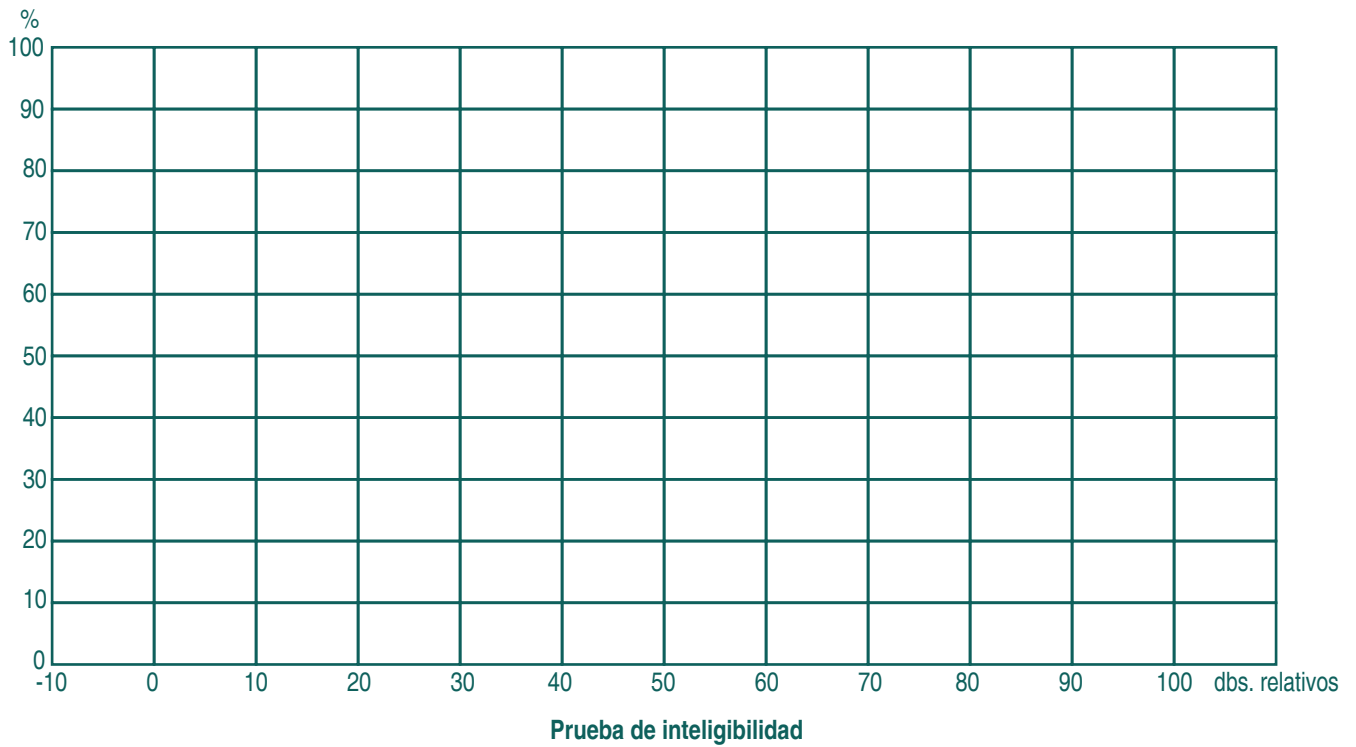


Observaciones:

.....

Rojo = O.D.
Azul = O.I.

Logoaudiometría



Observaciones:

.....