

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS POSTERIORES AL IMPLANTE COCLEAR

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: ____ años ____ meses ____ días Sexo: Femenino Masculino

Fecha de realización: ____/____/____

IMPLANTADOR : N° de CP _____ Dr. _____

IMAE: _____

ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta del IMAE: ____/____/____

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

- Recambio de dispositivo interno
- Recambio de dispositivo interno en garantía
- Recambio de dispositivo externo
- Otro

RESUMEN CLÍNICO:

INFORME AUDIOLÓGICO:

DISPOSITIVO UTILIZADO:

Descripción: _____

(ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA CLARA)