

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE IMPLANTE COCLEAR

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de realización: ____/____/____

Implantador : N° de caja profesional _____ Dr. _____

IMAE: _____

Fecha de conexión: ____/____/____ Fonoaudiólogo: _____

ESTADO AL ALTA:

VIVO

Fecha de alta del IMAE: ____/____/____

RESUMEN CLÍNICO:

INFORME AUDIOLÓGICO:

DISPOSITIVO UTILIZADO:

Descripción: _____

(ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA CLARA)

Calibración realizada por: _____