

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE IMPLANTE COCLEAR

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días      Sexo:     Femenino     Masculino

### **IMPLANTADOR:**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

IMAE: \_\_\_\_\_

Procedimiento a coordinar:

Fecha de coordinación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

### **MEDICO SOLICITANTE:**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **DISPOSITIVO:**

Descripción: \_\_\_\_\_  
(ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA CLARA)

Color: \_\_\_\_\_