

Formulario de SEGUIMIENTO de Implante coclear

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

DATOS DEL IMPLANTE:

Fecha del implante: ___/___/___ Dispositivo utilizado: _____

Horas diarias de uso del procesador (Promedio): _____

DATOS DEL SEGUIMIENTO Correspondiente al mes: _____ del año: _____

Nombre fonoaudióloga tratante _____ Firma _____

Asistencia a fonoaudióloga ? No Si N^a de sesiones: _____

Asistencia a maestra de apoyo ? No Si N^a de sesiones: _____

Supervisión de caso? Si No

Consulta con Otorrinolaringólogo:: Si No

Motivo: _____

Consulta calibradora? No Si Requirió calibración ? Si No

DATOS DE INSUMOS

Pilas comunes? No Si Cuantas: _____

Cables? No Si Cuantos: _____

Batería recargable? Si No

DATOS DEL ALTA:

Fin del seguimiento: No Si

Motivo: Alta por edad
 Indicación de suspensión
 Radicación en el exterior
 Otro _____