

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS POSTERIORES AL IMPLANTE COCLEAR

Fecha ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de CP _____ Nombre _____

IMPLANTADOR:

Nº de CP _____ Nombre _____

IMAE: _____

PROCEDIMIENTO SOLICITADO:

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

Oído: Izquierdo Derecho

MOTIVO DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO:

- Falla de dispositivo
- Uso inadecuado / extravío
- Accidente / hurto

Observaciones: _____

DISPOSITIVO SOLICITADO:

¿Solicita dispositivo? Si NO

Descripción: _____

Color: _____