



## **DATOS DEL PACIENTE**

Concurre o concurrió a institución educativa?  No  Si

Nivel alcanzado:  Inicial  
 Primaria incompleta  
 Primaria completa  
 Secundaria incompleta  
 Secundaria incompleta  
 Terciaria incompleta  
 Terciaria completa

Tiene ocupación?  No  SiCuál? \_\_\_\_\_

## **SITUACIÓN CLÍNICA**

Paciente ya implantado?  No  Si. Especifique \_\_\_\_\_

Utilización de audífonos?  No  Si Fecha de comienzo de utilización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tiempo que los utilizó? \_\_\_ \_\_\_ meses

Adhesión?  Buena  Mala

Logaudiometría?  No  Si % de discriminación a 65 dB: \_\_\_ \_\_\_

Comorbilidades asociadas?  No  SiCuál/es?  Ceguera  
 Enfermedades neurológicas  
 Enfermedades autoinmunes  
 Laberintitis c/ potencial osificación coclear  
 Tinnitus invalidante  
 Fractura del hueso temporal

## **PROCEDIMIENTO SOLICITADO**

Implante Coclear:  Unilateral  Bilateral Sincrónico

## **DISPOSITIVO/S:**

Descripción: \_\_\_\_\_

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

Oído:  Derecho  Izquierdo

Descripción: \_\_\_\_\_

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

Oído:  Derecho  Izquierdo