|  |  |
| --- | --- |
|  | **ANEXO N°7**  **FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS PARA LA AUDICIÓN Y FONACIÓN CONVOCATORIA AÑO 2020** |
| **Importante:**   * La indicación de elementos para la audición y fonación puede ser apoyada por profesional tecnólogo médico ORL o fonoaudiólogo, sin embargo, debe ser **respaldado obligatoriamente** por un médico otorrinolaringólogo. De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación.** Profesional declara que postulante cumple con las condiciones necesarias para la adaptación de las Ayudas Técnicas requeridas. Los tipos y características de las Ayudas Técnicas indicadas están sujetos a revisión para asegurar su pertinencia técnica. * Para completar adecuadamente este formulario respecto a la selección de las características de las ayudas técnicas, requiere estar en conocimiento del Anexo N°2 Catálogo de Ayudas Técnicas Convocatoria Año 2020” de SENADIS, disponible en el sitio web: https://[www.senadis.gob.cl/,](http://www.senadis.gob.cl/) sección “Beneficios” y luego “Ayudas Técnicas. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de indicación** | **/ /** |

# Antecedentes personales del solicitante:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | **Run** |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |
| **Diagnóstico(s)** |  | | | | | | | | | | | |
| **Justificación solicitud de la ayuda técnica** |  | | | | | | | | | | | |

1. **Ayuda(s) técnica(s) a solicitar**
   1. **Elementos para la audición**

**Importante:**

* Los exámenes audiométricos (audiometría, impedanciometría, BERA, etc.) no pueden sobrepasar los **6 meses de antigüedad.**
* Debe adjuntar **audiometría más impedanciometría**, para la postulación de audífonos y/o equipo FM para menores de 12 años.
* Debe adjuntar **BERA más Impedanciometría**, para personas que no pueden cooperar con la audiometría tonal convencional.
* Considerar que el BERA deberá incluir los registros de la respuesta y la conclusión.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antecedentes uso de audífonos** | | | | | | | | |
| **Oído(s) que utiliza audífono** |  | **Derecho** |  | **Izquierdo** |  | **Actualmente no utiliza** |  | **Nunca ha utilizado** |
| **Señale tipo / marca/ modelo:** |  | | | | **Tiempo uso (años o meses)** | |  | |
| **Exámenes realizados** | | | | | | | | |
| **Audiometría tonal** | | |  | **Impedanciometría** |  | **Prueba de audífonos** | |  |
| **Logoaudiometría** | | |  | **Peat** |  | **Audiometría a campo libre** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Audífono** | **(s)** |  |  |  |  |
| **Importante:**   * **Marque sólo una opción por cada oído.** * Si la indicación es unilateral, marque sólo en el oído que desea   implementar. | **Oído derecho** |  |  | **Oído izquierdo** | | | | |
| **Retroauricular (marque una opción)** | | | **Retroauricular (marque una opción)** | | | | |
| **BTE tradicional con opción open** | | | **BTE tradicional con opción open** | | | | |
| **RITE/RIC** |  |  |  |  | **RITE/RIC** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ITE/ITC/CIC** |  |  |  |  | **ITE/ITC/CIC** |  |  |
| **Con vibrador y cintillo óseo** |  |  | **Con vibrador y cintillo óseo** | | | | |
|  | **Sistema CROS / BICROS** |  |  |  |  | **Sistema CROS / BICROS** |  |  |
| Indique principales necesidades.  **- Marque sólo una opción por cada**  **característica.** | **Perfil de usuario / tecnología:** |  | **BÁSICO** |  |  | **AVANZADO** |  |  |
| **Nº de canales:** |  | **5 a 7** |  |  | **8 a 12** |  | **13 o superior** |
| **Nº de programas:** |  | **2 a 3** |  |  | **4 o superior** |  |  |
| **Conectividad:** |  | **No requiere** |  |  | **Para un equipo FM** |  | **Inalámbrica** |
| **Manejo de tinnitus:** |  | **NO** |  |  | **SÍ** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipo FM**  **Importante:** Sólo en contexto educativo y sujeto a evaluación. Requiere certificado de alumno regular tal como se señala en Anexo 1. | | | | | | |
| **Transmisor** |  |  | **Si** | |  | **No** |
| **Receptor** |  |  | **Oído derecho** | |  | **Oído izquierdo** |
| **Indique principales características de receptor según necesidad:** | | | | | | |
|  |  | **Anclado al audífono o incorporado** | | **Al cuello** | | **Compatible con implante coclear** |
|  |  |  | |  | | Indique marca y modelo del implante: |

* 1. **Elementos para la fonación**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antecedentes médicos y diagnósticos** | | | | |
| **Tipo de pérdida** | | | | |
| **Quirúrgica** |  |  | **Traumática** | **Otra (indicar)** |
| **Otra patología**  **(indicar características)** |  | | | |
| **Tipo de rehabilitación** | | | | |
| **Importante:** indicar en caso de haber recibido algún tipo de rehabilitación. | | | | |
| **Rehabilitación quirúrgica** | |  | **Prótesis o válvula (voz traqueo-esofágica)** | |
| **Rehabilitación no quirúrgica** | |  | **Erigmofonación (voz esofágica)** | |
| **Observaciones** |  | | | |

|  |
| --- |
| **Laringe electrónica** |
|  |
| **Laringe electrónica para rehabilitación del habla, con tecnología digital.** |

1. **Identificación de profesional que indica y médico que respalda la indicación:**

Si esta indicación fue realizada exclusivamente por médico otorrinolaringólogo, debe completar sólo el registro “Médico que respalda indicación”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profesional que indica** | | **Médico que respalda indicación** | |
| **Nombre** |  | **Nombre** |  |
| **Run** |  | **Run** |  |
| **Profesión** |  | **Profesión** |  |
| **Institución** |  | **Institución** |  |
| **Teléfono** |  | **Teléfono** |  |
| **Email** |  | **Email** |  |
| **Firma y timbre** | | **Firma y timbre** | |
|  | |  | |