

FORMULARIO DE INDICACIÓN N°3
DE ELEMENTOS PARA LA AUDICIÓN Y FONACIÓN AÑO 2024

Importante:

- La indicación de elementos para la audición y fonación debe ser realizada por un **médico otorrinolaringólogo**. De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.
- 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°1 "Listado de Ayudas Técnicas y Tecnologías de Apoyo año 2024" de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección "Trámites y Beneficios" y luego "Programa de Ayudas Técnicas".

Fecha de indicación

/

/

I. Antecedentes personales del solicitante:

Nombre:

RUN:

Diagnóstico(s):

Justificación solicitud de la Ayuda Técnica:

II. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar:

A) Elementos para la audición

Considere la siguiente información para la postulación a audífonos y equipo FM:

- El examen audiológico (Audiometría o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Cerebral Clínico (PEATc)) es obligatorio y no puede sobrepasar los 6 meses de antigüedad.
- Considerar que el PEATc deberá incluir los registros de la respuesta y la conclusión.
- Todos los campos son obligatorios. Los formularios incompletos serán observados o rechazados en la etapa de evaluación.

CATEGORÍA: COMUNICACIÓN, AUDICIÓN Y FONACIÓN

Obligatorio:

- Debe marcar sólo una opción (A, B o C) según corresponda.
- Debe seleccionar solo un tipo de audífono y grado de severidad (si corresponde).

Audífono	Características		
☐ OPCIÓN A: Audífono con adaptación tradicional	☐ Audífono tipo retroauricular (BTE) tradicional	Oído derecho: grado de severidad	☐ Leve
			☐ Moderado
			☐ Severo
			☐ Profundo
		Oído izquierdo: grado de severidad	☐ Leve
			☐ Moderado
		☐ Severo	
		☐ Profundo	
	☐ Audífono tipo retroauricular (RITE/RIC)	Oído	☐ Derecho
			☐ Izquierdo
	☐ Audífono tipo Intracanal	Oído	☐ Derecho
			☐ Izquierdo
☐ OPCIÓN B: Audífono con vibrador y cintillo óseo	☐ Oído derecho	☐ Oído izquierdo	
☐ OPCIÓN C: Sistema CROS o BICROS	☐ CROS (1 audífono + 1 transmisor)		
	☐ BICROS (1 audífono + 1 audífono transmisor)		

CATEGORÍA: COMUNICACIÓN, AUDICIÓN Y FONACIÓN	
IMPORTANTE: - El equipo FM sólo puede ser postulado como complemento de un audífono BTE tradicional postulado en este formulario , cualquier postulación con otro tipo de audífono o del equipo FM por sí solo, serán rechazadas.	
Ayuda técnica	Características
☐ Equipo FM	No aplica

B) Elementos para la fonación

- Debe marcar casilla en caso de requerir Laringe electrónica.

CATEGORÍA: COMUNICACIÓN, AUDICIÓN Y FONACIÓN	
* Marque la Ayuda Técnica y sus características a solicitar	
Ayuda técnica	Características
☐ Laringe electrónica	No aplica

III. Identificación del médico especialista que respalda la indicación:

(*) Campos obligatorios, en caso de no completar con la información requerida es motivo de rechazo de la postulación

(*) Nombre:	(*) RUN:
(*) Profesión / Especialidad:	Institución:
Teléfono:	(*) Firma y timbre de profesional que indica:
Correo electrónico:	