

SOLICITUD DE IMPLANTE COCLEAR

Lugar y fecha:

Datos del afiliado:

Apellido y nombre completo:

Número de afiliado:

Apellido y nombre del afiliado titular:

Plan:

Teléfono de contacto:

E-mail de contacto:

Estudios que deberá acompañar al presente formulario:

- Historia clínica
- Prescripción médica
- Otoemisiones acústicas
- B.E.R.A. (Potenciales Evocados de Tronco Cerebral)
- Audiometría tonal a campo libre sin audífonos
- Audiometría tonal a campo libre con audífonos
- Timpanometría y reflejos estapediales
- Test de percepción de sonidos del habla
- Logaudiometría en adultos y evaluación de bisílabas y frases
- Otológico
- TAC
- RMN
- Pre-quirúrgicos
- Psicológicos
- Neurolingüísticos
- Psicopedagógicos

CASA podrá solicitar documentación médica adicional a fin de realizar la evaluación de lo solicitado.

Firma y aclaración del afiliado