

INSTRUCTIVO PARA AUTORIZACIÓN DE AUDIFONOS

- 1- Con su credencial ir al otorrinolaringólogo y solicitar la selección de audífonos. Requiere **TRES** pedidos médicos. Uno para cada fonoaudióloga y uno para iniciar trámite en CSS. Se recibirán solo originales, no se aceptan fotocopias. Luego con dichos pedidos, visitar a sus fonoaudiólogas para proceder con la selección de audífonos.

- 2- Deberá presentar en auditoria fonoaudiológica dentro de los 30 (treinta) días, sin excepción, lo siguiente. De lo contrario, deberá actualizar toda la documentación.
 - Lic. Cabezuelo sito en Maipú 530 – Lunes a viernes de 09hs. a 12hs.
TURNOS: 444-505/2966-625751

 - Lic. Mamani sito en Maipú 530 – Lunes a viernes de 13:30hs. a 18:00hs.
TURNOS: 444-505/2966-464250

- Pedido médico del otorrinolaringólogo según **ANEXO 2**, (fecha anterior a estudios auditivos).
- Historia auditiva efectuada por dos o más fonoaudiólogas, firmadas en conformidad por el afiliado. Según **ANEXO 3**.
- Estudios audiológicos complementarios (AUDIOMETRÍA y LOGOAUDIOMETRÍA).
- Presupuestos de los audífonos sugeridos por las fonoaudiólogas.
- Copia de certificado de discapacidad (CUD).

NOTA: NO SE ACEPTARÁ DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA.

Anexos en siguiente hoja.

ANEXO 1
SOLICITUD DE AUDÍFONO

A Caja de Servicios Sociales:

Me dirijo a Uds. para solicitarles tengan bien a considerar la autorización y posterior compra de audífonos, cuyo objetivo es lograr una audición biaural, oír por los dos oídos, logrando mejorar mi calidad de vida.

Firma: _____

Aclaración: _____

Nº de credencial: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Rio Gallegos, ____ de _____ de 2021.

ANEXO 2
PEDIDO MÉDICO

FECHA: / /

Obra social: **Caja de Servicios Sociales**

Nombre y apellido:

N° Afiliado:

Edad: años.

Rp/

Diagnóstico:

Firma y Sello
Médico solicitante

ANEXO 3

HISTORIA AUDITIVA

FECHA: / /

Nombre y apellido:.....

N° Afiliado:.....

Fecha de nacimiento: Edad:.....

Celular/Teléfono:

Deriva:.....

Motivo de la consulta:.....

Ocupación:

Trabaja en ambiente ruidoso: SI/NO – Anterior/Actual.

Presenta acufenos: SI/NO – OD/OI/AO - ¿De qué tipo?.....

Presenta mareos: SI/NO. Presenta vértigo: SI/NO. Presenta dificultad para oír el timbre, teléfono: SI/NO. Oye suave: SI/NO. Oye y no entiende: SI/NO.

Presenta CUD: SI/NO.

Antecedentes familiares:

Embarazo:.....

Enfermedades: SI/NO. ¿Cuáles?.....

Medicación: SI/NO. ¿Cuáles?.....

EQUIPAMIENTO AUDIOLÓGICO PREVIO:

OTA: OD/OI/Ambos oídos. Tipo de molde:Tiempo de uso:.....

EQUIPAMIENTO AUDIOLÓGICO SELECCIONADO:

OTA: OD/OI/Ambos oídos.

MARCA:.....MODELO:.....

Tipo de molde:.....

Equipamiento: Monoaural/Biaural: \$..... Validez:.....días.

Observaciones:.....

Firma del afiliado

Firma y sello del profesional

ANEXO 3

HISTORIA AUDITIVA

FECHA: / /

Nombre y apellido:.....

N° Afiliado:.....

Fecha de nacimiento:Edad:.....

Celular/Teléfono:

Deriva:.....

Motivo de la consulta:.....

Ocupación:

Trabaja en ambiente ruidoso: SI/NO – Anterior/Actual.

Presenta acúfenos: SI/NO – OD/OI/AO - ¿De qué tipo?.....

Presenta mareos: SI/NO. Presenta vértigo: SI/NO. Presenta dificultad para oír el timbre, teléfono: SI/NO. Oye suave: SI/NO. Oye y no entiende: SI/NO.

Presenta CUD: SI/NO.

Antecedentes familiares:

Embarazo:.....

Enfermedades: SI/NO. ¿Cuáles?.....

Medicación: SI/NO. ¿Cuáles?.....

EQUIPAMIENTO AUDIOLÓGICO PREVIO:

OTA: OD/OI/Ambos oídos. Tipo de molde:Tiempo de uso:.....

EQUIPAMIENTO AUDIOLÓGICO SELECCIONADO:

OTA: OD/OI/Ambos oídos.

MARCA:.....MODELO:.....

Tipo de molde:.....

Equipamiento: Monoaural/Biaural: \$..... Validez:.....días.

Observaciones:.....

Firma del afiliado

Firma y sello del profesional

ANEXO 4

ACTA DE ENTREGA DE AUDÍFONOS

En la ciudad de Río Gallegos, capital de Santa Cruz, el día ____ del mes ____ del año _____, en la obra social Caja de Servicios Sociales.

Dejo constancia en este acto que se me ha entregado el material (descripción del mismo, empresa que lo envía) _____

_____ en sus respectivos envoltorios CERRADOS. Quedando bajo mi responsabilidad llevármelo en las mismas condiciones a la licenciada para la verificación del funcionamiento del mismo.

Firma del afiliado

Firma y sello del profesional