



## Ref. PROVISIÓN DE AUDÍFONOS

San Salvador de Jujuy, ..... de ..... de 20.....

SR. PRESIDENTE  
INSTITUTO DE SEGUROS DE JUJUY  
LIC. JOSÉ MANZUR  
**SU DESPACHO**

Me dirijo a Usted a efectos de solicitar: .....

.....

.....

Sin más que agregar saludo a Usted muy atentamente.

## REQUISITOS

- NOTA DE SOLICITUD DE AUDÍFONO
- ANEXO III (RES. 154/2022)
- CERTIFICADO MÉDICO CON DIAGNÓSTICO Y RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
- ESTUDIOS AUDIOLÓGICOS COMPLETOS E INFORME
- SELECCIÓN DE AUDÍFONO Y 3 (TRES) PRESUPUESTOS POR EL MISMO FONOAUDIÓLOGO
- **SOLICITAR TURNO UNA VEZ GENERADO EL EXPEDIENTE - [www.isj.gov.ar/turnos](http://www.isj.gov.ar/turnos)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TITULAR  
CREDENCIAL N°: .....

C.U.I.L.: .....

DOMICILIO: .....

.....

TEL: .....



**Instituto  
de Seguros  
de Jujuy**

Alvear N° 745 - San Salvador de Jujuy (4600) Jujuy - Argentina

0810-777-72583

www.isj.gov.ar / info@isj.gov.ar

### ANEXO III

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PROVISIÓN DE AUDÍFONOS

Corresponde a Resolución N° 154/2022

### DATOS DEL AFILIADO

LUGAR Y FECHA:

APELLIDO Y NOMBRE:

D.N.I.  EDAD:  TELÉFONO:  CELULAR:

DOMICILIO:  CIUDAD:

### DIAGNÓSTICO

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

### ASPECTOS TÉCNICOS

MARCA:

MODELO:

OÍDO A EQUIPAR:

GANANCIA:

CON AUDÍFONO:

SIN AUDÍFONO:

OTROS:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AFILIADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
FONOAUDIÓLOGO/A

\_\_\_\_\_  
O.R.L.



### ANEXO III

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PROVISIÓN DE AUDÍFONOS

Corresponde a Resolución N° 154/2022

### DATOS DEL AFILIADO

LUGAR Y FECHA:  N° AFILIADO:

APELLIDO Y NOMBRE:

EDAD:  DOMICILIO:  TELÉFONO:

DERIVADO POR:  FECHA DE E. AUDIOLÓGICOS:

### SELECCIÓN DE AUDÍFONOS

	LISTA A1		LISTA A2		LISTA B1		LISTA B2	
	P	G	P	G	P	G	P	G
SIN AUDÍFONOS								
AUDICIÓN (sin lectura labial)								
AUDICIÓN (con lectura labial)								
AUDICIÓN CON OÍDO ( ) OBTURADO								
CON AUDÍFONOS								
OD SLL								
OI SLL								
A/O SLL								
CON LECTURA LABIAL								
OD SLL								
OI SLL								
A/O SLL								
CON LECTURA LABIAL								
OD SLL								
OI SLL								
A/O SLL								
CON LECTURA LABIAL								

### OBSERVACIONES

### PRESUPUESTO - EQUIPO SELECCIONADO

MARCA:	MODELO:
OÍDO A EQUIPAR:	MOLDE:
INCLUYE:	
PRECIO:	VALIDEZ PRESUPUESTO: / /

ADJUNTAR PRESUPUESTOS RESTANTES.

FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA Y SELLO FONOAUDIÓLOGO/A