

## REPORTE AUDIOMÉTRICO

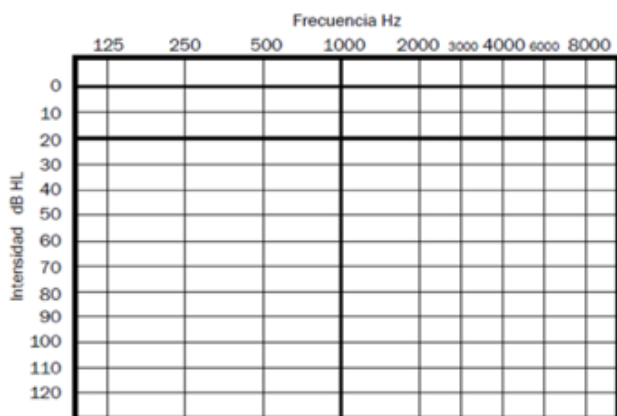
Entidad u organismo de Salud: \_\_\_\_\_

Fecha de realización: \_\_\_\_\_ Hora de realización: \_\_\_\_\_

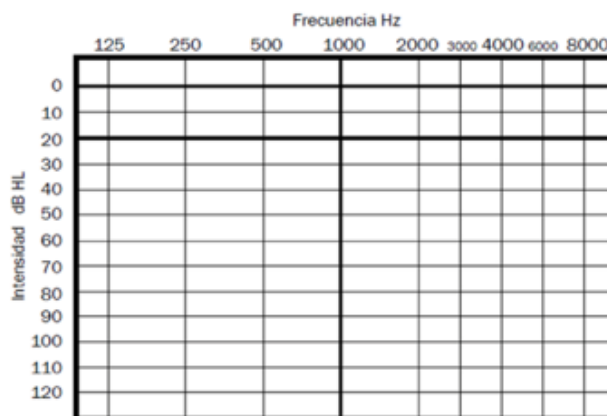
Apellido y Nombre de el/la paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Lugar y fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Evaluación oído izquierdo (OI)



### Evaluación oído derecho (OD)



Hallazgos audiométricos OI		Hallazgos audiométricos OD	
Tipo de hipoacusia		Tipo de hipoacusia	
Grado de pérdida Monoaural		Grado de pérdida Monoaural	
Perfil de curva		Perfil de curva	
Gap óseo-Aéreo		Gap óseo-Aéreo	
Rango auditivo		Rango auditivo	
Campo de audición		Campo de audición	
Gap óseo-aéreo		Gap óseo-aéreo	

Porcentaje global de pérdida auditiva: \_\_\_\_\_

Recomendaciones o tratamiento audiológico: \_\_\_\_\_

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

El presente reporte es solicitado por Nivel Superior para el ingreso a una carrera terciaria.

Audiometría realizada por: \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Firma y sello del especialista