

CUESTIONARIO PARA CANDIDATOS A IMPLANTE COCLEAR

Instrucciones:

- Favor de responder a todas las preguntas siguientes.
- Anexar copias (no originales, solo copias) de estudios que le hayan realizado.
- Entregar o enviar el cuestionario y los documentos a las oficinas de la Asociación
- Posteriormente se le informará de el resultado de la evaluación

1. **Nombre del paciente:**

2. **Género (sexo) del paciente:**

3. **Nombre del padre o tutor:**

4. **Ocupación del padre o tutor:**

5. **Nombre de la madre o tutora:**

6. **Ocupación de la madre o tutora:**

7. **Dirección:**

a. Calle y Número : _____

b. Colonia: _____

c. Ciudad y Estado: _____

d. Código Postal: _____

8. **Teléfono:**

9. **Fax:**

10. **E-Mail:**

11. **Fecha de llenado del cuestionario:**

12. **¿Como se enteró de nosotros?**

13. **Fecha de nacimiento del paciente (dia/mes/año):**

14. **Por favor anote cualquier otra enfermedad, relacionada o no con la sordera, que padezca o haya padecido. Incluya problemas neurológicos o psicológicos.**

15. **Hubo algún problema durante el embarazo, el parto o los primeros días de vida ?(en caso afirmativo favor de detallar lo mas posible)**

