

FORMULARIO PARA ASPIRANTES A BANCO DE AUDÍFONOS

FECHA: (día/mes/año) _____

DATOS COMPLETOS DEL PACIENTE

Apellidos y nombres completos: _____

Fecha de nacimiento:(día/mes/año) _____

Edad cronológica: (años, meses). _____ años _____ meses

Escolaridad: (Nombre de escuela y grado): _____

Trabajo: (Ocupación; nombre y teléfonos de la empresa): _____

Ha recibido donación de audífonos previamente: Si () No () Donados por esta Fundación u otra: Si () No () Indique cuál y cuándo. _____

DATOS COMPLETOS DE LOS PADRES Y/O PERSONAS RESPONSABLES:

Apellidos y nombres completos: Padre: _____

Madre: _____

Otro (Especificar relación con el paciente)

Ocupación y lugar donde trabaja: _____

Salario mensual individual:\$ _____ Ingreso mensual familiar:\$ _____

Teléfonos de residencia, celular, trabajo u otro donde pueda ser localizado – indique al menos 2 teléfonos de contacto: 1) _____ 2) _____