



CLÍNICA DE MICROCIURUGÍA

**Paciente:** HAYDEE ANTONIA TORRENTE

**DNI:** 4544230 **Sexo:** Femenino

**Obra Social:** PAMI [PLAN UNICO]

**Afiliado Nro:**  
15580539710700

**FN:** 09/07/1943 **Edad:** 82 años

**Rp.:**

- AUDIOMETRIA 30/12/2025

**Obs:** HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL  
SIMETRICA DE LEVE A SEVERA, PATOLOGIA CRONICA E  
IRREVERSIBLE. INDICO SELECCION Y EQUIPAMIENTO DE  
OTOAMPLIFONOS



  
**DR JUAN JIMENEZ**  
MÉDICO  
M.N. 189900  
SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGÍA



**Nro de prescripción:** 8888001326723

Firmado electrónicamente por:  
DR JIMENEZ PUMALPA JUAN JOSE  
MEDICO  
M.N. 189900  
VALIDADO POR REFEPS

**Fecha:** 06/01/2026

Esta prescripción fue creada por un emisor inscripto y validado en el Registro de Recetarios Electrónicos del Ministerio de Salud de la Nación -  
RL-2024-108185236-APN-S5VEIYES#MS.

Prescripción válida hasta **06/02/2026**

- CAPITAL FEDERAL - CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES - ARGENTINA



OBRA SOCIAL: 5-0080

UNIDAD OPERATIVA >

UGL VI - CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES | 06

ORDEN NUMERO: 3326000573472

APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO | TORRENTE HAYDEE ANTONIA

NUMERO DE BENEFICIARIO | 155805397107 GP | 00

FECHA DE EMISION | 06/01/2026

DIAG. 1 COD. | H903 HIPODUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL

MODULO: ATENCION DE PERSONA CON HIPODUSIA

CANT

P/1 COD. | 438001 EQUIPAMIENTO DEL OTOAMPLIFONO UNILATERAL

2



FIRMA Y SELLO ACLARATORIO PROFESIONAL

OBSERVACIONES

URGENCIA

A DOMICILIO

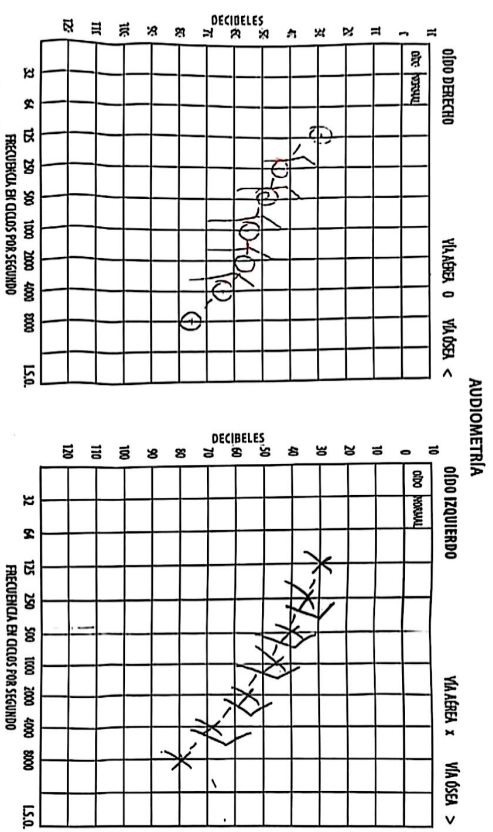
Dr/Dra. JIMENEZ JUAN  
Mat. Nac: 189900

La orden médica tiene validez por 150 días desde la fecha de emisión

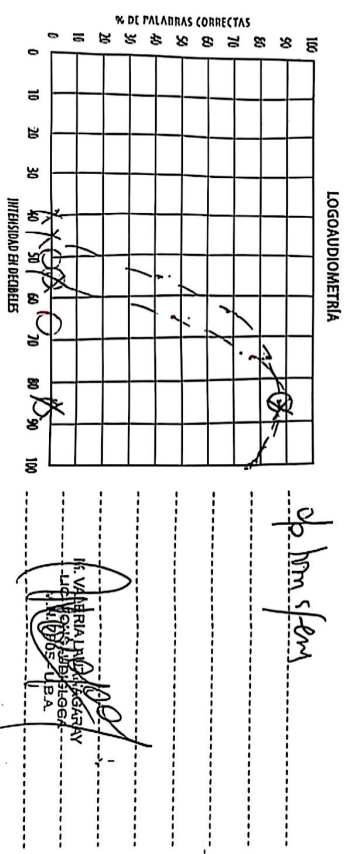
150

INSTITUTO SUPERIOR DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
Parque 740, Ciudad de La Habana - (011) 4939 2800

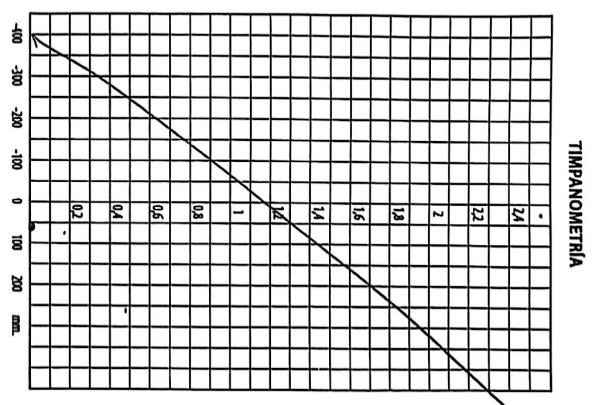
Nombre: TOLLEANTE, Hoydee A. Fecha: 30, 12, 25  
 Dr: PIÑANEZ Edad: 63  
 Ambiente: CF Audímetro: 6510



*No de ton sfera.*



Dr. V. MARTÍN RIVERA  
 Lic. en Otorrinolaringología  
 Lic. en Fonoaudiología  
 Lic. en Pedagogía  
 Lic. en Psicología  
 Lic. en Física  
 Lic. en Matemática



O/D. EST.	O/I. IND.	O/I. EST.	O/D. IND.
U	UR	ERIC	U
		500	UR
		1.000	
		2.000	
		4.000	

OÍDO DERECHO		OÍDO IZQUIERDO	
U	UR	ERIC	U
	150	500	UR
		1.000	
		2.000	
		4.000	

OÍDO DERECHO	OÍDO IZQUIERDO
PRESIÓN + 200 mm	
PRESIÓN DEL PACIENTE	
CM	
ZA	