



Selección de audífonos

Fecha: 03/02/2026

Apellido y Nombre: Figueira Clide Rosa - PAMI

DNI: 5391139

Discriminación sin audífono:

Audición sin lectura labial: 0% 0%

Observaciones: a 1 ½ metro de distancia

Discriminación con audífono: Unitron Ativo SP

Oído: ambos

Audición sin lectura labial: 36% 32%

Observaciones: retroauricular digital programable de 12 canales con automático, cuatro programas manuales, control de volumen y micrófonos direccionales.

Conclusión

Selección realizada a 1 ½ metros de distancia

Ambiente: Común silente y con ruido de fondo

Material fonético: listas de palabras bisílabas Dr. Tato

**Ganancia obtenida con audífonos en ambos oídos sin lectura labial: 36% 32%**

Se considera subjetivamente mejor el rendimiento y confort obtenido con los audífonos Unitron Ativo SP en ambos oídos con moldes a medida.

  
MARÍA JIMENA BORRAS  
FONOAUDIÓLOGA  
M. N. 7738

**RECIBO DE PRÓTESIS ENTREGADA**
**DATOS DEL PACIENTE**
**FECHA:** 26 / 2 / 2024

**Nombre y apellido:** CLIDE ROSA FIGUEIRA

**Nro de Afiliado:** 150357809016

**UGL:** XXXVII

**Agencia:** PULNER

**Dirección:** NITRE 408

**Fecha de nacimiento:** 01/07/1946

**Localidad:** QUICONES

**Teléfono:** 1571126381

**DATOS DEL CONSULTORIO DONDE FUE ATENDIDO**
**Profesional:** MARÍA JIMENA BORRAS

**Teléfono:** 4373-6737

**Prestador:** AUDICENTER SRA

**Prescripción de Prótesis Auditiva**
**OÍDO DERECHO**  **OÍDO IZQUIERDO** 

 Unitron Ativo SP  
 (sand)  
 050 6902-R8  
 2535X09E3

 7 613389 739640  
 (21)2535X09E3

2025-08-25

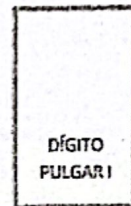
QTY: 1 PCS

GTIN 07613389739640

**Audifono que se entrega**
**Marca:** UNITRON **Modelo:** ATIVO SP **Serie:**
**Adaptación:** NOLDE **Domo:** **Tubo:**
**Pilas:** 13 **Cantidad de audifonos:** 1

**MANIFIESTO HABER RECIBIDO LAS INSTRUCCIONES DE USO Y CUIDADO DEL AUDÍFONO QUE SE ME ENTREGA:**
**FIRMA:** Clide Rosa Figueira

**ACLARACIÓN:** Figueira Clide R.

**TIPO Y NRO DE DOCUMENTO:** 5391139

**RECIBO DE CONFORMIDAD EN EL DIA DE LA FECHA EL AUDIFONO QUE SE HACE MENCIÓN**
**PRECEDENTEMENTE, CON 1 PILA, MOLDE-TUBO CORRESPONDIENTE:**
**FIRMA:** Clide Rosa Figueira

**ACLARACIÓN:** Figueira Clide R

**TIPO Y NRO DE DOCUMENTO:** 5391139

**En caso de firma a ruego:** PARENTESCO

**DNI:**

 MARIA JIMENA BORRAS  
 FONODIPLÓGUA  
 M. N. 7738

**FIRMA y SELLO PROFESIONAL**

### RECIBO DE PRÓTESIS ENTREGADA

**DATOS DEL PACIENTE**
**FECHA:** 26 / 2 / 2024

**Nombre y apellido:** CLIDE ROSA FIGUEROA

**Nro de Afiliado:** 150357808016

**UGL:** XXXVII

**Agencia:** PULMES

**Dirección:** NITRE 408

**Fecha de nacimiento:** 01/07/1946

**Localidad:** PULMES

**Teléfono:** 1571126351

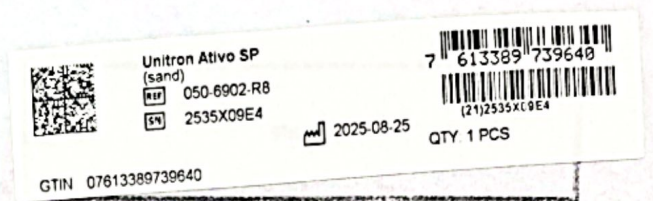
**DATOS DEL CONSULTORIO DONDE FUE ATENDIDO**
**Profesional:** MARÍA JIMENA BORRÁS

**Teléfono:** 4373-6737

**Prestador:** AUDICENTER SRA

**Prescripción de Prótesis Auditiva**
**OÍDO DERECHO**  **OÍDO IZQUIERDO** 
**Audifono que se entrega**
**Marca:** UNIPRON **Modelo:** ATIVO SP **Serie:** \_\_\_\_\_

**Adaptación:** MOLDE **Domo:** \_\_\_\_\_ **Tube:** \_\_\_\_\_

**Pilas:** 13 **Cantidad de audifonos:** 1

**MANIFIESTO HABER RECIBIDO LAS INSTRUCCIONES DE USO Y CUIDADO DEL AUDÍFONO QUE SE ME ENTREGA:**
**FIRMA:** Clide Rosa Figueroa

**ACLARACIÓN:** Figueroa Clide R.

**TIPO Y NRO DE DOCUMENTO:** 5391139

**RECIBO DE CONFORMIDAD EN EL DIA DE LA FECHA EL AUDIFONO QUE SE HACE MENCIÓN**
**PRECEDENTEMENTE, CON 1 PILA, MOLDE-TUBO CORRESPONDIENTE:**
**FIRMA:** Clide Rosa Figueroa

**ACLARACIÓN:** Figueroa Clide R.

**TIPO Y NRO DE DOCUMENTO:** 5391139

**En caso de firma a ruego:** PARENTESCO \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_


**MARIA JIMENA BORRAS**  
**FONOAUDIÓLOGA**  
**M. N. 7738**

**FIRMA y SELLO PROFESIONAL**