

HOJA DE REPARACION

Fecha Referencia

Enviado por Empresa Código cliente
 Persona de contacto
 Dirección
 Código postal Población
 Provincia
 Teléfono Email

DATOS AUDÍFONO

MARCA MODELO

☐ OIDO DRCHO ☐ OIDO IZQDO ☐ BINAURAL N° DE SERIE

GARANTÍA ☐ SI ☐ NO

REPARACIÓN

☐ POCA POTENCIA ☐ DEMASIADA POTENCIA ☐ DISTORSIÓN ☐ RUIDO ☐ INTERMITENTE ☐ MUDO
☐ NO SE PUEDE PROGRAMAR ☐ SE DESPROGRAMA ☐ SONIDO GRAVE ☐ SONIDO AGUDO ☐ PARTE ROTA
☐ POCA CLARIDAD ☐ CONSUMO EXCESIVO ☐ REALIMENTA ☐ HORAS..... ☐ DIAS.....

REAJUSTE / CAMBIO DE CARCASA / (Es necesario enviar impresiones nuevas)

ADAPTACION ☐ ANTIESTÉTICO ☐ MOLESTA ☐ CANAL LARGO ☐ CANAL ANCHO ☐ CAMBIO DE OÍDO
☐ ADAPTAR HELIX ☐ CAUSA ALERGIA ☐ OTROS

FEEDBACK ☐ CARCASA PEQUEÑA ☐ AJUSTA MAL ☐ OTROS

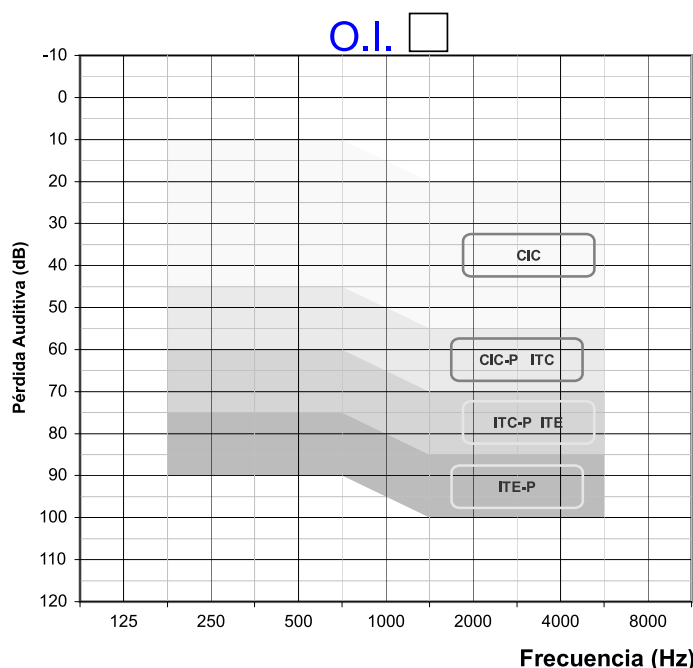
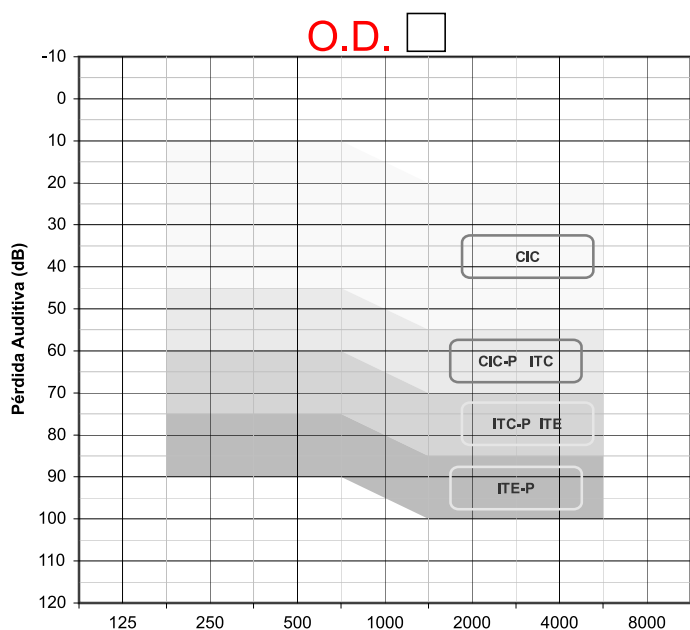
ENVIADO CON:

☐ PILA

☐ ESTUCHE

☐ IMPRESIONES

☐ AUDIOMETRÍA



Comentarios audiológicos / observaciones: