

FORMULARIO DE REPARACIONES

Imprimir

FECHA:		GAMA DE PRODUCTO	
Nº Cliente	Nombre del Centro		
Audioprotesista:		Datos del usuario y productos	
<input type="checkbox"/> Devolver llamada Nº teléfono: _____		Nº de referencia : _____ Modelo de audífono ó accesorio : _____ Nº de serie : _____	

DESCRIPCIÓN PARA LA REPARACIÓN
Sistema

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No funciona | <input type="checkbox"/> Interrupciones |
| <input type="checkbox"/> Baja amplificación | <input type="checkbox"/> Distorsión |
| <input type="checkbox"/> Hace ruidos | <input type="checkbox"/> No se puede programar |
| <input type="checkbox"/> Consumo elevado | <input type="checkbox"/> Realimentación acústica interna |
| <input type="checkbox"/> Carcasa defectuosa | <input type="checkbox"/> Pulsador / C. de volumen defectuoso |

Descripción del error

-
- Se ha encontrado en una inspección rutinaria
-
-
- El usuario ha traído el audífono indicando el fallo
-
-
- Ocurre ocasionalmente
-
-
- El audífono se ha caído
-
-
- El audífono se ha mojado / exceso de sudoración

Sin una explicación concreta del fallo, el tiempo de reparación puede tardar más de lo normal.
MODIFICACIONES DE MOLDES Y CARCASAS
Conducto Auditivo

-
- Cartilaginoso
-
- Flexible
-
- Sensible/Delicado




Ajuste indebido por:

-
- Canal auditivo**
-
-
- Demasiado largo
-
- (por favor indique la longitud deseada)**
-
-
- Demasiado corto
-
- (por favor indique la longitud deseada)**
-
-
- Audífono**
-
-
- Se mueve al masticar
-
-
- Se desliza continuamente
-
-
- Acoplamiento al masticar*
-
-
- Acoplamiento continuo
-
-
- Causa dolor por presión
-
- (por favor, marcar lugar de presión)*

Solución deseada:

- Extremo de canal**
-
- Cónico
-
- Escalonado
-
-
- Nueva Cápsula / Molde
-
-
- No redondear los perfiles del canal auditivo
-
-
- Añadir hilo de extracción _____ mm.
-
-
- Lacado blando
-
-
- Acabado de la superficie
-
-
- ComforClean
-
- ComforMed
-
-
- Vitrificado
-
- Dorado
-
-
- Ventilación
- (en caso de nueva carcasa)*
- _____ mm.

Añadir apoyo basal*

-
- 
- Apoyo corto
-
-
- 
- Apoyo largo
-
-
- 
- Concha completa
-
-
- _____

**Por favor, adjunte nuevas impresiones. Impresión hasta la 2ª curvatura con movimiento de masticación o boca abierta*

Observaciones	Fecha
	Firma