

Hearing Aid Repair Request

7093-064 MR 06/12 (translated 5/29/12)

Patient Name: _____

What is wrong with the hearing aid? _____

Have you tried to change the batteries? Yes No

Do you want us to call you when the hearing aid comes back in? Yes No

If yes, provide two (2) phone numbers: (_____) _____ - _____

(_____) _____ - _____

Do you want us to mail the repaired hearing aid to you? Yes No

If yes, provide a complete mailing address:

Solicitud de Reparación del Aparato Auditivo

Nombre del Paciente: _____

¿Qué problema tiene el aparato auditivo? _____

¿ Ha tratado de cambiarle las pilas? Sí No

¿ Desea que le llamemos cuando esté listo el aparato auditivo? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, proporcione dos (2) números de teléfono: _____ (_____) _____ - _____

(_____) _____ - _____

¿ Desea que le enviemos el aparato auditivo por correo? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, proporcione el domicilio completo:

Signature of Person Completing This Form
Firma de la Persona Completando este Formulario

Printed Name of Person Completing This Form
Nombre Impreso de la Persona Completando esta Formulario

Relationship to Patient
Relación al Paciente

____/____/____
Date
Fecha

STAFF USE ONLY / SOLO USO DEL PERSONAL:

Reviewed By (Signature): _____ Date: ____/____/____ Time: _____ hours