



PARTE DE *Bupa*

---

---

# Realización de potenciales visuales, auditivos o somestésicos

---

---

- Para la prueba que se le va a realizar deberá acudir con la **cabeza lavada y sin ningún producto cosmético o capilar** tales como: laca, gomina, espuma etc.
- **No** deberá usar ningún producto de **maquillaje, cremas corporales o aceites.**
- **No** precisa **ayunas.**
- Debe **tomar su medicación habitual.**
- Deberá aportar **estudios previos** si los tuviese.

Una vez realizada la prueba podrá continuar con su **actividad habitual.**

## **RESGUARDO RECOGIDA DE RESULTADOS**

El informe de Resultados es CONFIDENCIAL, por ello recomendamos que sea el interesado con su DNI quien proceda a recoger el mismo. En caso de imposibilidad; deberá **AUTORIZAR** a la persona que lo vaya a recoger rellenando para ello los siguientes datos:

**Adjuntar fotocopia DNI del paciente y de la persona autorizada**

**Nombre del paciente:** .....

**Autorizo a D/Dña** .....

**con DNI:** ..... **a recoger el informe de mis resultados**

**Fecha:**

**Firma del paciente:**

**Firma de la persona autorizada:**