

Composición de la Unidad de Disfagia Orofaríngea

Es imprescindible la presencia de un/a otorrinolaringólogo (**deberá ser socio/a de la SEORL-CCC**). Se valorará positivamente la multidisciplinariedad dentro de dicha unidad. El documento deberá ir firmado por el/la otorrinolaringólogo responsable.

➤ Descripción del centro hospitalario:

Denominación:

Provincia:

➤ Especialista en otorrinolaringología responsable de la unidad de disfagia orofaríngea del centro hospitalario:

Nombre y apellidos ORL:

Número de colegiado/a:

➤ Descripción del resto de profesionales sanitarios integrantes de dicha de unidad:

Nombre y apellidos:

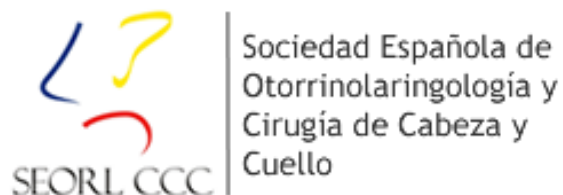
Especialidad/categoría profesional:

Número de colegiado/a:

Nombre y apellidos:

Especialidad/categoría profesional:

Número de colegiado/a:



Nombre y apellidos:

Especialidad/categoría profesional:

Número de colegiado/a:

Nombre y apellidos:

Especialidad/categoría profesional:

Número de colegiado/a:

Nombre y apellidos:

Especialidad/categoría profesional:

Número de colegiado/a:

Nombre y apellidos:

Especialidad/categoría profesional:

Número de colegiado/a:

Nombre y apellidos:

Especialidad/categoría profesional:

Número de colegiado/a:

Nombre y apellidos:

Especialidad/categoría profesional:

Número de colegiado/a:

Nombre y apellidos:

Especialidad/categoría profesional:

Número de colegiado/a:



Sociedad Española de
Otorrinolaringología y
Cirugía de Cabeza y
Cuello

El/la Dr./Dra. _____ con
número de DNI/NIE/Pasaporte _____ siguiendo los requisitos establecidos
por la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, declaro que la información
facilitada en este formulario “composición de la Unidad de Disfagia Orofaríngea” es actualizada y veraz.

Se firma en _____ a _____

Fdo. ORL responsable Dr./Dra.

Nº DNI/NIE/Pasaporte