



Realización de potenciales visuales, auditivos o somestésicos

PARTE DE **Bupa**

- 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 resultado

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: