

Formulario de Certificación Profesional

Instrucciones:

Por favor utilice este formulario de certificación para dar fe de que el paciente que se menciona a continuación, tiene pérdida de audición y necesita el servicio de CaptionCall® para usar el teléfono en una manera funcionalmente equivalente a la de una persona con audición normal.

Por favor envíe por correo electrónico el formulario diligenciado a certification@captioncall.com, o por correo postal a CaptionCall Certification, 4215 South Riverboat Rd., Salt Lake City, UT 84123. Para hacer preguntas o solicitar ayuda llame al 1-877-557-2227. Una vez haya sido enviado el formulario, un representante de CaptionCall se comunicará con la persona que tiene la pérdida de audición, para programar la instalación del teléfono.

Información del paciente

Nombre del paciente: _____

Dirección del domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Idioma preferido de la transcripción: Inglés Español **Producto(s) deseado(s):** Teléfono fijo Aplicación de iPad

Información del proveedor de salud

Nombre de la clínica/consultorio: _____ Código de promoción: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

La pérdida de audición puede ser certificada por los siguientes profesionales (marque la profesión que aplique):

- Audiología (AuD) Otorrinolaringología (ENT) Médico familiar Medicina general
 Geriatra Gerontólogo Especialista en instrumentos de audición (HIS) Medicina interna
 Otolaringología Pediatría Enfermera registrada (NP) Asistente médico (PA)

Certificación

- Certifico, bajo pena de perjurio, que soy profesional de la salud o de la audición y que estoy calificado para diagnosticar la pérdida de audición.
- Certifico que he establecido que el paciente mencionado arriba, tiene una pérdida de audición que le dificulta comunicarse en forma efectiva por teléfono y que necesita utilizar el servicio de transcripción en una manera funcionalmente equivalente a la de una persona con audición normal.
- Certifico que tanto el paciente como yo entendemos que el servicio de transcripción es brindado por un profesional de transcripciones en directo y que este servicio es subsidiado a través de un programa federal para personas con discapacidad auditiva.
- Certifico que no tengo ninguna relación comercial, familiar o social con ningún empleado de Sorenson Communications o de CaptionCall.
- Certifico que el paciente mencionado arriba, me ha autorizado en forma explícita para que pida a CaptionCall que se comunique con él o ella, en relación con los servicios de transcripción de CaptionCall, utilizando la información de contacto suministrada arriba.

Nombre del profesional: _____ Título: _____

Firma del profesional: _____ Fecha: _____