

# Formulario de Certificación Profesional

**Instrucciones:** Por favor utilice este formulario de certificación para certificar 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 completado a [certification@captioncall.com](mailto:certification@captioncall.com) o por correo postal a CaptionCall Certification, 4215 S. 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 los subtítulos:** Inglés Español

**Producto(s) deseado(s):** Teléfono fijo Aplicación móvil

## Información del proveedor de salud

Nombre de la clínica/consultorio:

Número de cuenta:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

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

<input type="checkbox"/> Audiología (AuD)	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología (ENT)	<input type="checkbox"/> Oficiales de servicio veterano	<input type="checkbox"/> Medicina general
<input type="checkbox"/> Geriatra	<input type="checkbox"/> Gerontólogo	<input type="checkbox"/> Especialista en instrumentos de audición (HIS)	<input type="checkbox"/> Medicina interna
<input type="checkbox"/> Otolaringología	<input type="checkbox"/> Pediatría	<input type="checkbox"/> Patólogos del habla y lenguaje	<input type="checkbox"/> Asistente médico (PA)
<input type="checkbox"/> Enfermera registrada (NP)			

## 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 teléfono con subtítulos en una manera funcionalmente equivalente a la de una persona con audición normal.
- 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 comunice con él o ella, en relación con los servicios de transcripción de CaptionCall, utilizando la información de contacto suministrada arriba.
- Certifico que le he informado al paciente que "LA LEY FEDERAL PROHÍBE A CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA UN USUARIO REGISTRADO CON PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN USAR TELÉFONOS CON IP (PROTOCOLO DE INTERNET) CON LAS TRANSCRIPCIONES ACTIVADAS. El servicio telefónico con transcripciones y sistema IP (Protocolo de Internet) puede usar un operador en vivo. El operador genera transcripciones de lo que dice quien está al otro lado de la línea en la llamada. Estas transcripciones se envían a su teléfono. Hay un costo por cada minuto de transcripciones generadas, el cual se paga de un fondo administrado por el gobierno federal". No se transfieren costos a las personas que califican para el servicio.

Nombre del profesional:

Título:

Firma del profesional:

Fecha:

**Notas:**