



AFA
BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY CENTER OF EXCELLENCE

THE AFA BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

4838 E. Baseline Road. Suite #126. Mesa, Arizona 85206
Phone: (480)265-8067 Fax: (480)656-6316
Web: www.TheAFAInstitute.com Email: AFAInstitute@atsu.edu

AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EL USO DE AUDÍFONOS

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha determinado que es en su mejor interés de la salud para tener una evaluación médica por un médico, preferiblemente un especialista en enfermedades del oído, antes de comprar un audífono. Si desea hacerlo, es posible que su médico complete el formulario de certificación de abajo.

CERTIFICACIÓN DE MÉDICO:

He evaluado médicamente la pérdida de audición de _____ en los últimos 6 meses y no han encontrado ninguna contraindicación para el uso de audífonos. El paciente es alta médica como un candidato para la amplificación.

Firma del médico

Fecha

Teléfono de la oficina

Si desea continuar con un juicio audífono sin la evaluación de la FDA recomienda médica, usted debe revisar y firmar la siguiente declaración.

DECLARACIÓN DE RENUNCIA MÉDICA:

Se me ha informado por el AFA Balance & Hearing Institute que la FDA ha determinado que mi mejor interés para la salud serían servidos por tener una evaluación médica por un médico autorizado (preferiblemente uno especializado en enfermedades del oído) antes de comprar un audífono. Certifico que soy mayor de 18 años de edad y no desean someterse a una evaluación médica antes de comprar un audífono.

Además, entiendo que una copia de esta declaración será mantenida en archivo por el audiólogo nombrado por un período de tres años a partir de esa fecha, de acuerdo con la Food and Drug Administration (FDA).

Nombre del paciente

Fecha

Firma

Nombre del audiólogo

Fecha

Firma