



**Audiological Services**  
601 Ellis AVE  
Lufkin, TX 75904  
(936) 632-2252  
**(OFICINA CENTRAL)**

**All About Hearing**  
2703 W Cuthbert AVE  
Midland, TX 79701  
(432) 689-2220

**Central Texas Hearing Center**  
1320 Wonder World DR, #107  
San Marcos, TX 78666  
(512) 667-7921

**Central Texas Hearing Center**  
1927 Lohman's Crossing Rd, Ste 203  
Lakeway, TX 78734  
(512) 640-2999

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ELIMINACIÓN DE CERUMEN

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**AL PACIENTE:** Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no al procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no pretende asustarlo o alarmaarlo; Es simplemente un esfuerzo para informarlo mejor para que pueda dar o negar su consentimiento para el procedimiento.

El cerumen, también conocido como cera del oído, es producido por las glándulas en el canal auditivo y, por lo general, sale del oído por sí solo. El cerumen ayuda a atrapar los desechos en el canal auditivo antes de que lleguen al tímpano. Cuando un oído produce demasiado cerumen, puede endurecerse en el canal auditivo y causar un bloqueo (impactación). El uso de Q-Tips y audífonos también puede causar una impactación al empujar la cera del oído más adentro del canal auditivo.

Su audiólogo puede decidir que sería mejor eliminar la cera del oído de su canal auditivo. Su audiólogo tomará precauciones para evitar molestias o resultados adversos.

Solicito voluntariamente a Leah Guempel, Au.D., CCC-A ('Proveedor') como mi proveedor de atención médica y a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que consideren necesarios, para tratar mi condición que me (a nosotros) había sido explicada como: Impacto del cerumen.

Entiendo que el Proveedor planea realizar la eliminación de cerumen y voluntariamente doy mi consentimiento y autorizo estos procedimientos.

Entiendo que no se me ha hecho ninguna garantía o aseguramiento en cuanto al resultado o la cura.

Así como puede haber riesgos y peligros al continuar mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con el desempeño de los procedimientos planeados para mí. Me doy cuenta de que común a los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o de diagnóstico es el potencial de infección, coágulos de sangre en venas y pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas e incluso la muerte. También me doy cuenta de que los siguientes riesgos y peligros pueden ocurrir en relación con este procedimiento en particular. Ciertos factores de riesgo pueden hacer que sea más probable que usted incurra en complicaciones como sangrado e irritación. Estas complicaciones pueden ocurrir incluso si usted no tiene factores de riesgo. Las complicaciones y los efectos secundarios de la eliminación del cerumen son poco frecuentes, pero pueden incluir:

- Restos de cerumen: Si su audiólogo no puede extraer el cerumen, se le indicará que consulte a su proveedor de atención primaria u otorrinolaringólogo (ENT) para recibir tratamiento adicional.
- Incomodidad: Algunas personas pueden sentir mediana a moderada incomodidad durante el procedimiento.
- Lesión en el canal auditivo: pueden ocurrir abrasiones en el canal auditivo durante la extracción del cerumen. Algo de sangrado puede ocurrir durante el procedimiento. El sangrado suele ser leve y se resuelve por sí solo. En casos raros, puede sufrir pérdida temporal de la audición, infección, mareos y tinnitus.

En cualquier momento durante la eliminación del cerumen, puedo solicitar que se detenga el procedimiento.

He sido informado de mi condición y por la presente se da consentimiento voluntariamente para la eliminación de cerumen (cera del oído). Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, riesgos de no tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados, y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento.

Yo certifico que este formulario se me ha explicado completamente, que lo he leído o que se me ha leído, que los espacios en blanco han sido llenados, y que entiendo sus contenidos.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta liberar a LG Audiological Enterprises, LLC, sus propietarios, funcionarios, directores, empleados y representantes de cualquier complicación que surja de la eliminación de la cera del oído de su canal auditivo como se explicó anteriormente. Usted declara y garantiza que tiene el derecho, el poder, la capacidad legal y la autoridad necesaria para ingresar este consentimiento y liberación y firmará cualquier documento adicional para que sus disposiciones sean plenamente efectivas. Usted reconoce que ha leído y voluntariamente acepta este consentimiento y libera y comprende su significado y reconoce que es vinculante para usted, sus representantes legales, herederos y cesionarios.

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ A.M./P.M.

PACIENTE/OTRA PERSONAL LEGALMENTE RESPONSABLE:

\_\_\_\_\_  
(Firma requerida)

\_\_\_\_\_  
Persona Responsable o Nombre de Padre / Madre (Abuela)

\_\_\_\_\_  
Dirección de Paciente o de Persona Responsable (Calle o P.O. box) Ciudad, Estado, Código Zip

TESTIGO Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo