



CERTIFICADO DE PACIENTE ELECTRO-DEPENDIENTE



El instructivo N° 1-2017 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales señala que los pacientes electro-dependientes constituyen un grupo de pacientes con diagnóstico médico e indicación, como parte de su tratamiento, de la utilización de equipos y equipamientos especiales para continuar con el proceso de atención sanitaria (hospitalización) en su domicilio.

El mismo documento indica que se debe entregar la certificación como paciente electro-dependiente a cada usuario que debido a su patología de base, requiera estar conectado a equipo o equipamiento para mantener la vida o estabilidad de su situación de salud, y que este equipamiento requiera aporte de energía eléctrica, lo anterior, ya sea en el sistema público o privado.

SE CERTIFICA COMO ELECTRODEPENDIENTE AL PACIENTE INDIVIDUALIZADO COMO:

Nombre del Paciente (nombres, apellidos):		
RUT del Paciente:	Edad:	
Nombre del Tutor Legal / Representante: (nombres, apellidos):		
Diagnóstico médico /Patología de base:		
RUT del Tutor Legal / Representante:		
Domicilio	Calle, N°, Dpto:	
	Comuna:	Región:

Periodo Indicado Electro-Dependencia

Desde: ____ / ____ / ____

Hasta: ____ / ____ / ____

EL EQUIPAMIENTO AL QUE SE CONECTA EL PACIENTE SE INDIVIDUALIZA COMO:

Tipo – Descripción de Equipamiento	Horas diarias de conexión

MÉDICO QUE CERTIFICA:

Nombre completo: Dr.

Cargo del Médico:

RUT:

Fono:

Establecimiento de Salud

Nombre Institución:

Nombre del Director:

Ciudad:

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y Timbre Médico Tratante

Firma Director Establecimiento

El Médico y el Director firmantes certifican que el paciente identificado en este documento presenta la condición de hospitalización domiciliaria y electro-dependiente.



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO DE PACIENTE ELECTRO-DEPENDIENTE CON HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA



DATOS DEL PACIENTE ELECTRO-DEPENDIENTE

Nombre completo (nombres, apellidos):		
RUT:	Fono (s):	
Fecha Certificado (día/mes/año) ____ / ____ / ____	Correo Electrónico:	
Nombre del Médico (nombres, apellidos):		
Domicilio particular de hospitalización domiciliaria	N° Cliente:	Comuna:
	Calle, N°:	
Relación con el domicilio: propietario, arrendatario, otro (especificar)		Empresa Distribuidora:

DATOS DEL TUTOR (*)

Tutor es quien representa al paciente electro-dependiente y/o está a cargo de su cuidado (puede ser el mismo paciente).

Nombre completo (nombres, apellidos):	
RUT:	Fono (s):
Fecha presentación solicitud: ____ / ____ / ____	Correo Electrónico:
Relación con el Paciente:	Firma Paciente o Tutor
<i>(*) Los datos especificados son requeridos para facilitar la contactabilidad del cliente ante necesidades específicas de la Distribuidora y/o la Superintendencia de Electricidad y Combustibles, y no serán utilizados para usos ajenos a la condición de paciente electro-dependiente.</i>	

El firmante declara bajo juramento que el paciente que presenta la condición de hospitalización domiciliaria y electro-dependiente identificado en este documento reside permanentemente en el domicilio indicado y que los datos aportados son verdaderos.

USO EXCLUSIVO CANAL DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD

Tipo de Requerimiento:	Presentación Solicitud	Modificación Datos de Registro	Anulación de Registro	Otro(s): Especificar

Documentos Presentados:	Solicitud de Inscripción	Certificado Electro-dependiente	Copia Boleta	Otro(s): Especificar

Estado Solicitud:	Ingresada	Recibida No Conforme	No Recibida	Observaciones:

Fecha Solicitud:	/	/	Timbre y Firma Canal
Número Interno:			
Canal (SEC, Distribuidora, otro):			
Oficina:			