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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo  (nombres, apellidos) | |  | | |
| RUT | |  | Fono(s): | |
| Fecha Certificado | | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Correo  electrónico: | |
| Nombre Médico  (nombres, apellidos) | |  | | |
| Domicilio particular de hospitalización domiciliaria | N° Cliente |  | Comuna | |
| Calle, N° |  | | |
| Relación con el domicilio:  propietario, arrendatario, otro (especificar) | |  | Distribuidora: | |
| **DATOS (\*) DEL TUTOR (puede coincidir con el Paciente Electro-dependiente)** | | | |

**DATOS DEL PACIENTE ELECTRODEPENDIENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre completo  (nombres, apellidos) |  | |
| RUT |  | Fono(s) |
| Fecha presentación solicitud | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Correo  Electrónico: |
| Relación con el Paciente |  |  |
| Tutor es quien representa al paciente electro-dependiente y/o está a cargo de su cuidado (puede ser el mismo paciente) | |

Firma Paciente o Tutor

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  Inscripción | | Certificado  Electro-dependiente | Copia Boleta |  | |
| Otro(s): Especificar | |
|  | | | | | | |
| Estado  Solicitud |  | |  |  |  | |
| Ingresada | | Recibida  No Conforme | Rechazada |  | |
|  | |
| Observaciones | | | | | | |
| Fecha Recepción Solicitud | | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| Número Interno | |  | | | |
| Canal de Recepción  (SEC, Distribuidora, otra) | |  | | | |
| Oficina Receptora | |  | | | |
|  | |  | | | | Timbre y Firma Canal Recepción Solicitud |