



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

Datos del paciente electrodependiente

Nombre Completo			
Rut		Fono(s)	
Fecha Certificado		Email	
Nombre Médico			
Dirección Hospitalización Domiciliaria			
N° Cliente		Comuna	

Datos (*) del representante legal o apoderado

Es quien representa al paciente electrodependiente y/o está a cargo de su cuidado (puede ser el mismo paciente)

Nombre Completo			
Rut		Fono(s)	
Fecha Presentación Solicitud		Email	
Relación con el paciente			

Seleccione la forma de descuento, que se hará efectivo en su boleta de electricidad, correspondiente al consumo eléctrico del equipo médico:

- Descuento de 50 kWh mensuales
 Descuento en base a la estimación de consumo según potencia del equipo
- Instalación de equipo de medición para descuento según consumo del equipo médico (Puede implicar modificación de la instalación interior y costos adicionales no cubiertos por la Ley).

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.

Firma Paciente o Tutor

Uso exclusivo canal de presentación de solicitud

Tipo de Requerimiento		
<input type="checkbox"/> Presentación de Solicitud	<input type="checkbox"/> Modificación Datos de Registro	<input type="checkbox"/> Anulación de Registro
Otro(s): Especificar		

Documentos Presentados

Solicitud Inscripción
 Certificado Electrodependiente
 Copia Boleta

Otro(s): Especificar

Fecha Recepción Solicitud		
Número interno		
Canal de Recepción		
Oficina Receptora		

Timbre y Firma Canal Recepción Solicitud