



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 Hospitalizaión Domiciliaria |  |         |  |
| Nº 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

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                         |                                                         |                                       |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solicitud Inscripción | <input type="checkbox"/> Certificado Electrodependiente | <input type="checkbox"/> Copia Boleta |
| Otro(s): Especificar                           |                                                         |                                       |

|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| Fecha Recepción Solicitud |  |  |
| Número interno            |  |  |
| Canal de Recepción        |  |  |
| Oficina Receptora         |  |  |

Timbre y Firma Canal Recepción Solicitud

