

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:	<p style="text-align: center;">Firma Paciente o Tutor</p>
<p><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></p>	

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:				