

**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	____/____/____	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)

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.

(\*) 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.

**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 Electrodependiente	Copia Boleta
Estado Solicitud	Ingresada	Recibida No Conforme	No Recibida	
	Observaciones			

Fecha Solicitud	____/____/____	
Número Interno		
Canal (SEC, Distribuidora, otra)		
Oficina		

Timbre y Firma Canal