

REGISTRO DE PACIENTES ELECTRODEPENDIENTES

LEY PROVINCIAL N° 10.053

DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL MEDICO:

Apellido y Nombre:.....

DNI:

Domicilio:.....

Localidad:.....

Especialidad:.....

Matricula Profesional:.....

Teléfono Particular:.....

Teléfono celular:.....

Correo Electrónico:.....

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre:.....

Documento:.....

Fecha de nacimiento:.....

Parentesco:.....

Dirección de la vivienda donde habita el paciente:.....

Localidad:.....

Teléfono particular:.....

Teléfono Celular:.....

Diagnóstico y resumen explícito del motivo por el cual solicita la adhesión al registro de electrodependientes:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Estadio de la enfermedad: -----

Justificación del requerimiento: -----

Características del requerimiento (definición de la demanda durante el día):

Permanente: ----- Transitoria: ----- Ocasional: -----

Diurna: ----- Nocturna: ----- Ambas: -----

Tiempo estimado de tratamiento: -----

DATOS DE LA APARATOLOGIA EXISTENTE EN EL DOMICILIO (MARCA, CARACTERISTICAS, ETC.):

Tiempo estimado de electrodependencia:

DÍAS: HORAS:

¿Posee aparatología de reemplazo en caso de corte de suministro? ¿Cuál?

Existencia de grupo electrógeno o equipo auxiliar de energía y características: SI NO

Internación domiciliaria: SI NO

Enfermería permanente: SI NO

Cuidador permanente: SI NO

Asistencia médica permanente: SI NO

Institución prestadora:

Teléfono:

Domicilio:

Adjunta documentación:

**DATOS DE COBERTURA DE SALUD ANTE EVENTUALES CORTES DE SUMINISTRO
ELECTRICO PARA DERIVACION DEL PACIENTE:**

Institución:

Domicilio:

Teléfono:

Lugar y Fecha	Firma y sello del profesional médico

A COMPLETAR POR EL TITULAR DEL SUMINISTRO:

Tomo conocimiento que el presente documento tiene validez por 6 meses, a partir de la fecha de presentación.

Lugar y Fecha	Firma y aclaración	Tipo y N° de Documento