

SOLICITUD DE REGISTRO PACIENTE ELECTRODEPENDIENTE CON HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA



DATOS DEL PACIENTE ELECTRODEPENDIENTE

Deberá adjuntar a esta solicitud, copia por ambos lados de cédulas de identidad del paciente y su apoderado y, certificado médico con timbre y firma del médico tratante.

NOMBRE COMPLETO:	
RUT PACIENTE:	
TELÉFONO DE CONTACTO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
DOMICILIO PARTICULAR DE HOSPITALIZACIÓN	
COMUNA	
NÚMERO DE CLIENTE	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Corresponde a quien representa al paciente electrodependiente y/o está a cargo de su cuidado. Puede ser el mismo paciente.

NOMBRE COMPLETO	
RUT REPRESENTANTE:	
RELACIÓN CON PACIENTE:	
TELÉFONOS DE CONTACTO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	

EQUIPOS MÉDICOS A LOS QUE SE CONECTA PACIENTE

Para acceder al mayor descuento posible (estimación consumo nominal), se recomienda adjuntar fotografías de las placas de consumo eléctrico de cada uno de los equipos médicos a los que se conecta el paciente. De no aportar fotografías, de registrará a paciente con descuento fijo de 50 KW

1	
2	
3	

DESCUENTO SOLICITADO

CONSUMO FIJO (50 KW)	<input type="checkbox"/>	ESTIMACIÓN DE CONSUMO NOMINAL	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------

El firmante declara que el paciente electrodependiente identificado en este documento presenta la condición de hospitalización domiciliaria, reside permanentemente en el domicilio indicado y que los datos aportados son verdaderos.

FECHA SOLICITUD:		FIRMA REPRESENTANTE:	
------------------	--	----------------------	--

Los datos personales solicitados por Enel Distribución son utilizados en la tramitación de su registro y, para contactar a apoderados y pacientes ante eventuales emergencias o desconexiones programadas, en cumplimiento de la Ley N°21.304 y su Reglamento.