

CERTIFICADO DE APARATO DE SOPORTE VITAL



Por favor escriba

No. de certificado: _____

SECCIÓN I - Individual Usando Equipo Médico

Nombre de la persona usando el dispositivo de soporte vital: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Persona a contactar en case de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

SECCIÓN II – Cliente Información y Declaración

Su residencia es en un:

Domicilio privado – Nombre del dueño: _____

Complejo – Nombre del complejo: _____

Nombre del cliente de Central Hudson: _____ Número de cuenta: _____

Yo, el suscrito, entiendo que mientras estoy en el Programa de Soporte Vital, sigo siendo el único responsable de pagar mis servicios públicos y debo hacer esfuerzos razonables para pagar las tarifas de dicho servicio.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

SECCIÓN III – Información de Equipos Médicos

Respirador de tipo de tanque (Pulmón de Acero) Cama mecedora

Respirador de pecho Máquina de succión (Bomba)

Respirador eléctrico Equipo de hemodiálisis (Máquina Renal)

(Operando 12+ horas al día)

Respirador de Presión Positiva Intermitente

Monitor de APNEA (**Sólo bebés**) Diálisis Peritoneal Continua y Ambulatoria

Otro tipo de dispositivo de soporte vital
(por favor describa) _____

Frecuencia de uso: _____ Veces por semana: _____ Horas al día: _____

Nombre del Proveedor del Equipo: _____ Número de teléfono: _____

¿El cliente tiene equipos de sustitución de energía en caso de interrupción? Yes No



CERTIFICADO DE APARATO DE SOPORTE VITAL



SECCIÓN IV – Declaración del Médico

En acuerdo con la definición de un dispositivo de soporte vital y la información enumerada arriba como prueba de uso de un dispositivo de este tipo, certifico que el individual aquí nombrado sí requiere un dispositivo operado eléctricamente para sostener su vida. Este equipo requiere energía eléctrica ininterrumpida por períodos de tiempo prolongados.

Nombre del Médico: _____ Número de licencia del médico: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN V – Completa si ya no se requiere equipo vital

Por la presente certifico que el equipo de soporte vital ya no está en uso y la protección que ofrece Central Hudson por el Programa de Soporte Vital ya no se necesita.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

