



CERTIFICADO DE PERSONA ELECTRODEPENDIENTE



Conforme a lo dispuesto en el artículo 207-1 del decreto con fuerza de ley N° 4/20.018, de 2006, del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto con fuerza de ley N° 1, de Minería, de 1982, Ley General de Servicios Eléctricos, en materia de energía eléctrica, son personas electrodependientes, aquellas que para el tratamiento de la patología que padecen se encuentran en condición de hospitalización domiciliaria y necesitan permanecer conectadas físicamente, de forma continua o transitoria, a un dispositivo de uso médico, ya sea para su respiración, alimentación, termorregulación, entre otros, que requieren suministro eléctrico para su funcionamiento, para compensar la pérdida de una función fundamental del cuerpo y sin la cual estarían en riesgo vital o de secuela funcional severa grave, en adelante e indistintamente las "Personas Electrodependientes".

SE CERTIFICA COMO PERSONA ELECTRODEPENDIENTE A:

| | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| Nombre del Paciente (nombres, apellidos): | | |
| RUT del Paciente: | | |
| Diagnóstico médico /Patología de base: | | |
| Domicilio | Calle, N°, Dpto.: | |
| | Comuna: | Región: |
| Periodo Indicado Electro-Dependencia | Desde: ____ / ____ / ____ | Hasta: ____ / ____ / ____ |

EL EQUIPAMIENTO AL QUE SE CONECTA LA PERSONA SE INDIVIDUALIZA COMO:

| Tipo – Descripción de Equipamiento | Horas diarias de conexión |
|------------------------------------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

MÉDICO QUE CERTIFICA:

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| Nombre completo: Dr. | | |
| RUT: | Fono: | |
| Ciudad: | Fecha: ____ / ____ / ____ | |
| Firma y Timbre Médico Tratante | | |

El Médico firmante certifica que el paciente identificado en este documento presenta la condición de hospitalización domiciliaria y electrodependiente.