

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO DE PACIENTE ELECTRODEPENDIENTE CON HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

### DATOS <sup>(1)</sup> PACIENTE ELECTRODEPENDIENTE

|  |             |                     |         |
|--|-------------|---------------------|---------|
| Nombre completo<br>(nombres, apellidos)              |             |                     |         |
| (2) RUT del Paciente                                 |             | Fono(s)             |         |
| Fecha certificado médico                             | ___/___/___ | Correo electrónico: |         |
| Nombre Médico(a)<br>tratante (nombres, apellidos)    |             |                     |         |
| Domicilio particular de hospitalización domiciliaria | N° Cliente  |                     | Comuna: |
|  | Calle, N°   |                     |         |

**DATOS <sup>(1)</sup> REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO(A)** (Representante legal o apoderado(a) es quien representa al paciente electrodependiente y/o está a cargo de su cuidado. Puede ser el mismo paciente).

|  |  |                     |  |
|--|--|---------------------|--|
| Nombre completo<br>(nombres, apellidos)    |  |                     |  |
| (2) RUT representante legal o Apoderado(a) |  | Fono(s)             |  |
| Relación con Paciente                      |  | Correo electrónico: |  |

<sup>(1)</sup> Los datos especificados son requeridos para permitir contactar al paciente y/o su representante legal/apoderado(a) ante necesidades específicas de Enel Distribución, y no serán utilizados para usos ajenos a la condición de paciente electrodependiente.

<sup>(2)</sup> Es requisito indispensable adjuntar a esta solicitud, copia de ambos lados de a) cédula de identidad del paciente, y b) cédula de identidad de su representante legal o apoderado(a).

### DETALLE DEL EQUIPAMIENTO AL QUE SE CONECTA EL/LA PACIENTE <sup>(3)</sup>:

| Tipo – Descripción de Equipamiento |  | Potencia (W) <sup>(4)</sup> |
|------------------------------------|--|-----------------------------|
| 1                                  |  |                             |
| 2                                  |  |                             |
| 3                                  |  |                             |
| 4                                  |  |                             |

<sup>(3)</sup> Se debe individualizar cada una de las máquinas a las que se conecta el paciente. No incluir elementos externos.

<sup>(4)</sup> La información de la potencia nominal de cada dispositivo médico se requiere el cálculo del consumo y descuento mensual en la boleta. Se recomienda adjuntar fotografía de cada placa de características técnicas del equipo, usualmente ubicada en su parte posterior/baja. De no contar con esta información, se aplicará descuento estándar equivalente a 50 kWh/mes.

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

|                 |             |  |
|-----------------|-------------|--|
| Fecha Solicitud | ___/___/___ |  |
|-----------------|-------------|--|

Firma paciente o Representante Legal/Apoderado(a)