

Formulario de certificación de condición médica grave

Formulario SMCC (08/2024)

Para ser completado por el cliente:		
Nombre del cliente:	Número de cuenta eléctrica:	
	Número de cuenta de gas natural:	
Dirección del cliente:	Número de cuenta de agua:	
	Número de cuenta de aguas residuales:	
	Número de teléfono de contacto:	
Ciudad: Estado: Código postal:	Número de teléfono alternativo:	
<i>Certifico que la información proporcionada anteriormente es precisa y que el paciente es el cliente o un miembro de la familia del cliente que reside en esta residencia.</i>		
Firma del cliente:		Fecha:
Para ser completado por el paciente/tutor legal/apoderado:		
Nombre del paciente:		Relación del paciente con el cliente:
Número de teléfono de contacto:	Número de teléfono alternativo:	
<i>Por la presente autorizo a mi médico a divulgar la siguiente información sobre el paciente mencionado anteriormente a los representantes de la empresa de servicios públicos y/o a la Comisión de Corporaciones del Estado y a responder preguntas relacionadas para ayudar a determinar si las condiciones médicas identificadas cumplen con la definición de una condición médica grave que se define a continuación. Certifico que el paciente vive en la dirección indicada anteriormente y que toda la información proporcionada es precisa.</i>		
Firma del paciente/tutor legal/apoderado:		Fecha:
Para que complete el médico (MD, DO o enfermero especializado):		
Nombre del médico/enfermero especializado:		Número de teléfono de contacto:
Dirección de la oficina del médico/enfermero especializado:		Número de teléfono alternativo:
Ciudad: Estado: Código postal:	Número de fax:	
Número de licencia actual:	Estado de la licencia:	
Diagnóstico del paciente/Condición médica grave:		
Tratamiento requerido para la condición:		
Equipo indicado o equipo requerido para el tratamiento de la afección (si corresponde, marque todas las opciones que correspondan):		
☐ Respirador mecánico ☐ Bomba de alimentación ☐ Monitor de apnea infantil ☐ Oxígeno continuo ☐ Diálisis domiciliaria	☐ Máquina CPAP ☐ Nebulizador ☐ Cama de hospital ☐ Refrigeración ☐ Climatización	☐ Dispositivo de asistencia ventricular ☐ Otro: _____
Duración esperada de la afección:		
<i>Certifico que el paciente mencionado anteriormente tiene una condición médica grave que se define como una condición física o psiquiátrica que requiere intervención médica para prevenir una mayor discapacidad, pérdida de función o muerte. Estas afecciones suelen requerir una supervisión médica continua o la consulta a un médico o enfermero especializado. Una condición médica grave conlleva un riesgo para la salud que va más allá del que experimentan la mayoría de los niños y adultos en sus enfermedades y lesiones menores cotidianas. Las personas con una condición médica grave pueden requerir la administración de tratamientos especializados y pueden depender de tecnología médica como ventiladores, máquinas de diálisis, soporte nutricional enteral o parenteral u oxígeno continuo. Las intervenciones médicas pueden incluir medicamentos con requisitos especiales de almacenamiento, uso de equipos eléctricos o acceso al agua. Certifico que la información anterior es correcta.</i>		
Firma del médico/enfermero especializado:		Fecha:

Este formulario se desarrolló de conformidad con: 20VAC 5-330 "Limitaciones a la desconexión del servicio eléctrico, de agua, de aguas residuales y de gas natural"