

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	☐ Máquina CPAP	☐ Dispositivo de asistencia ventricular
☐ Bomba de alimentación	☐ Nebulizador	☐ Otro:
☐ Monitor de apnea infantil	☐ Cama de hospital	
☐ Oxígeno continuo	☐ Refrigeración	
☐ Diálisis domiciliaria	☐ Climatización	
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: