



# CERTIFICADO DE PACIENTE ELECTRO-DEPENDIENTE



El instructivo N° 1-2017 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales señala que los pacientes electro-dependientes constituyen un grupo de pacientes con diagnóstico médico e indicación, como parte de su tratamiento, de la utilización de equipos y equipamientos especiales para continuar con el proceso de atención sanitaria (hospitalización) en su domicilio.

El mismo documento indica que se debe entregar la certificación como paciente electro-dependiente a cada usuario que debido a su patología de base, requiera estar conectado a equipo o equipamiento para mantener la vida o estabilidad de su situación de salud, y que este equipamiento requiera aporte de energía eléctrica, lo anterior, ya sea en el sistema público o privado.

## SE CERTIFICA COMO ELECTRODEPENDIENTE AL PACIENTE INDIVIDUALIZADO COMO:

<b>Nombre del Paciente</b> (nombres, apellidos):		
<b>RUT del Paciente:</b>	<b>Edad:</b>	
<b>Nombre del Tutor Legal / Representante:</b> (nombres, apellidos):		
<b>Diagnóstico médico /Patología de base:</b>		
<b>RUT del Tutor Legal / Representante:</b>		
<b>Domicilio</b>	<b>Calle, N°, Dpto:</b>	
	<b>Comuna:</b>	<b>Región:</b>

### Periodo Indicado Electro-Dependencia

Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## EL EQUIPAMIENTO AL QUE SE CONECTA EL PACIENTE SE INDIVIDUALIZA COMO:

Tipo – Descripción de Equipamiento	Horas diarias de conexión

## MÉDICO QUE CERTIFICA:

<b>Nombre completo:</b> Dr.		
<b>Cargo del Médico:</b>		
<b>RUT:</b>		<b>Fono:</b>
<b>Establecimiento de Salud</b>	<b>Nombre Institución:</b>	
	<b>Nombre del Director:</b>	
<b>Ciudad:</b>		<b>Fecha:</b> ____ / ____ / ____
<b>Firma y Timbre Médico Tratante</b>		<b>Firma Director Establecimiento</b>

El Médico y el Director firmantes certifican que el paciente identificado en este documento presenta la condición de hospitalización domiciliaria y electro-dependiente.