GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCION DE REGULACION Y CONTROL DE GESTION

REGISTRO DE ELECTRODEPENDIENTES POR CUESTIONES DE SALUD

RECS

ANEXO I

Solicitud de Inscripción en el Registro de Electrodependientes por cuestiones de salud (RECS)

El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.

La autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

A COMPLETAR POR EL INTERESADO

Datos de la persona electrodependiente

Apellido y nombre _____

Tipo y nº doc. _____ Fecha de nac. _____

Domicilio donde reside _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Obra social Si ☐ No ☐ Nombre _____ Nº Afiliado _____

Datos del solicitante (padre, tutor o responsable)

Apellido y nombre _____ Tipo y nº doc. _____

Domicilio donde reside _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____ Vínculo _____

Datos del titular de la cuenta de suministro eléctrico

Apellido y nombre _____ Tipo y nº doc. _____

Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Vínculo _____

Compañía proveedora del suministro _____ Número de cliente _____

A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Datos del médico

Apellido y nombre _____ Tipo y nº doc. _____

Matricula profesional _____ Matricula especialista _____

Teléfono profesional (obligatorio) _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico (obligatorio) _____

Resumen detallado de Historia Clínica (letra clara y legible) _____

_____

_____

_____

Diagnóstico CIE10 _____

Equipamiento médico prescripto

- ☐ Diálisis peritoneal automatizada (DPA) domiciliaria
- ☐ Bomba de infusión continúa, bomba de alimentación enteral o parenteral
- ☐ Equipos relacionados al soporte de la ventilación invasiva
- ☐ Otros _____

Tiempo estimado de requerimiento: 12 meses ☐ hasta 24 meses ☐

Características técnicas del equipamiento que utiliza o utilizará el paciente (incluir marca y modelo) _____

_____

Firma y Aclaración	Sello	Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del titular del servicio

Firma y Aclaración de quien requiere la incripción paciente o solicitante

GOBIERNO DE SAN JUAN | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCION DE REGULACION Y CONTROL DE GESTION

REGISTRO DE ELECTRODEPENDIENTES POR CUESTIONES DE SALUD

RECS

SOLICITUD DE INSCRIPCION

SAN JUAN, _____ de _____ de 20 _____.

Ministro de Salud Pública
Sr./a_____
S_____/_____D

El /la que suscribe_____

DNI N° _____, se dirige a Ud. a fin de solicitar la inscripción en el Registro de Electrodependientes.

Sin otro particular, saluda atte.

_____

Firma del interesado