



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 n° doc. _____ Fecha de nac. _____
Domicilio donde reside _____ Localidad _____ Provincia _____
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico _____
Obra social Si ☐ No ☐ Nombre _____ N° Afiliado _____

Datos del solicitante (padre, tutor o responsable)

Apellido y nombre _____ Tipo y n° 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 n° 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 n° doc. _____
Matrícula profesional _____ Matrícula 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 continua, 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

DIRECCION DE REGULACION Y CONTROL DE GESTION
REGISTRO DE ELECTRODEPENDIENTES POR CUESTIONES DE SALUD
RECS

SOLICITUD DE RENOVACION

N° DE EXPEDIENTE:

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 Renovación en el Registro de
Electrodependientes

Sin otro particular, saluda atte.

Firma del interesado