

## Formulario de certificación de condición médica grave

Formulario SMCC (08/2024)

<b>Para ser completado por el cliente:</b>		
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:
<b>Para ser completado por el paciente/tutor legal/apoderado:</b>		
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:
<b>Para que complete el médico (MD, DO o enfermero especializado):</b>		
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):		
<input type="checkbox"/> Respirador mecánico	<input type="checkbox"/> Máquina CPAP	<input type="checkbox"/> Dispositivo de asistencia ventricular
<input type="checkbox"/> Bomba de alimentación	<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Monitor de apnea infantil	<input type="checkbox"/> Cama de hospital	
<input type="checkbox"/> Oxígeno continuo	<input type="checkbox"/> Refrigeración	
<input type="checkbox"/> Diálisis domiciliaria	<input type="checkbox"/> 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:

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"