

## SOLICITUD INSCRIPCIÓN PACIENTE ELECTRODEPENDIENTE

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo (nombre, apellidos)			
RUT			Edad:
Dirección	Calle, N°		
	Comuna		
Lugar de tratamiento (nombre de hospital, clínica o centro médico)			
Enfermedad diagnosticada			
Periodo de tratamiento		Desde:     /     /	Hasta:     /     /
Información respecto de las máquinas eléctricas que requiere para el tratamiento			

### DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICA CONDICIÓN ELECTRODEPENDIENTE

Nombre completo			
RUT Médico			Fono:
Establecimiento de Salud	Nombre		
	Cargo		
	Dirección		
	Comuna		

### DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo (nombre, apellidos)			
RUT			Fono:
Relación con el Paciente			correo:
Dirección	Calle, N°		
	Comuna		
Relación con el domicilio: propietario, arrendatario, otro (especificar)			
Número de cliente			

El solicitante que firma declara que los datos proporcionados son verdaderos:

\_\_\_\_\_

Firma Solicitante