SOLICITUD DE REGISTRO DE PERSONA ELECTRODEPENDIENTE CON HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

DATOS DE LA PERSONA ELECTRODEPENDIENTE			
Nombre completo (nombres, apellidos)**:**			
RUT:		**Fono** (s)**:**	
Fecha Certificado (día/mes/año) _____ / _____ / _____		**Correo Electrónico:**	
Domicilio particular de hospitalización domiciliaria	**N° Cliente:**	**Empresa eléctrica:**	
	Calle, N°:	**Comuna:**	
Indique forma de determinación del consumo de su equipamiento electrodependiente (se utilizará para determinar la rebaja en la cuenta): (marque una opción)		**Consumo fijo estimado de 50KW (se rebaja este valor mensualmente)**	
		Estimación de consumo por el valor nominal asociado al equipamiento médico según las horas de uso	
		Instalación de equipo de medición en la instalación interior (esto puede implicar modificaciones a la red interior que requieren costos adicionales no cubiertos por la Ley)	

DATOS DEL TUTOR (*)	Tutor es quien representa a la persona electrodependiente y/o está a cargo de su cuidado (puede ser el mismo paciente).
Nombre completo (nombres, apellidos)**:**	
RUT:	
Fecha presentación solicitud: _____ / _____ / _____	
Indique de contacto preferido para ser contactado en caso de interrupciones de suministro :	**Fono** (s)**:**
	Correo Electrónico:
(*) Debe indicar medio de contacto para informar cinco días antes de los cortes programados. *Los datos especificados son requeridos para facilitar los contactos del cliente ante necesidades específicas de la Distribuidora y/o la Superintendencia de Electricidad y Combustibles, y no serán utilizados para usos ajenos a la condición de paciente electrodependiente.*	

El firmante declara bajo juramento que el paciente que presenta la condición de hospitalización domiciliaria y electrodependiente identificado en este documento reside permanentemente en el domicilio indicado y que los datos aportados son verdaderos.