

# SOLICITUD DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DEL CLIENTE



Estaré hospitalizado por más de 3 días. Estoy solicitando una extensión en mi factura de servicios públicos.

## Por favor, envíeme una solicitud para los siguientes programas

- Notificación de terceros designados
- Protección de soporte vital
- Plan de seguridad adicional

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Número de cuenta de CHG&E \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Dirección del paciente \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Firma del médico o funcionario del hospital \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Nombre del hospital \_\_\_\_\_

Dirección del hospital \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso del paciente \_\_\_\_\_ Fecha esperada de alta hospitalaria \_\_\_\_\_

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Tanto usted como su médico o funcionario del hospital deben firmar este formulario de solicitud.**

