

# CERTIFICACIÓN DE APARATO DE MANTENIMIENTO VITAL

Escriba en letra de imprenta o a máquina

Número de LSA (aparato de mantenimiento vital) \_\_\_\_\_

## SECCIÓN I: Personas que utilizan equipo médico

Nombre de la persona que utiliza el dispositivo de mantenimiento vital: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, contactar a: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN II: Información y declaración del cliente

Usted reside en:

Vivienda privada. Nombre del propietario de la vivienda: \_\_\_\_\_

Complejo o establecimiento. Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente de Central Hudson: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

*Yo, el que suscribe, comprendo que mientras permanezca en el Programa de mantenimiento vital, soy el único responsable del pago del servicio público y me comprometo a hacer todos los esfuerzos razonables para pagar los cargos correspondientes.*

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

## SECCIÓN III: Información sobre el equipo médico

Respirador tipo tanque (pulmón de acero)

Respirador tipo coraza (pecho)

Respirador eléctrico

(Utilizado 12 horas por día o más)

Monitor de APNEA (**Sólo para bebés**)

Otro tipo de dispositivo de mantenimiento vital

(descripción) \_\_\_\_\_

Cama basculante

Máquina de succión (bomba)

Equipo de hemodiálisis (riñón artificial)

Respirador de presión positiva intermitente

Diálisis peritoneal ambulatoria continua

Frecuencia de utilización: \_\_\_\_\_ Veces por semana: \_\_\_\_\_ Horas por día: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor del equipo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuenta el cliente con equipo de respaldo en caso de un corte de energía?  Sí  No

## **SECCIÓN IV: Declaración del médico**

**De acuerdo con la definición de dispositivo de mantenimiento vital y la información detallada anteriormente que comprueba el uso del dispositivo, certifico que la persona cuyo nombre figura previamente necesita un dispositivo eléctrico para mantenerse con vida. Este equipo requiere energía eléctrica ininterrumpida durante períodos de tiempo extensos.**

Médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **SECCIÓN V: Para completar cuando el equipo deja de ser necesario**

**Mediante el presente certifico que el equipo de mantenimiento vital ya no está en uso y no se necesita la protección brindada por el Programa de mantenimiento vital de Central Hudson.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_