

Formulario de certificación de condición médica grave

Formulario SMCC (08/2024)

Para ser completado por el cliente:		
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:
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.		
Firma del cliente:		Fecha:
Para ser completado por el paciente/tutor legal/apoderado:		
Nombre del paciente:		Relación del paciente con el cliente:
Número de teléfono de contacto:		Número de teléfono alternativo:
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.		
Firma del paciente/tutor legal/apoderado:		Fecha:
Para que complete el médico (MD, DO o enfermero especializado):		
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):		
☐ Respirador mecánico	☐ Máquina CPAP	☐ Dispositivo de asistencia ventricular
☐ Bomba de alimentación	☐ Nebulizador	☐ Otro:
☐ Monitor de apnea infantil	☐ Cama de hospital	
☐ Oxígeno continuo	☐ Refrigeración	
☐ Diálisis domiciliaria	☐ Climatización	
Duración esperada de la afección:		
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.		
Firma del médico/enfermero especializado:		Fecha:

MEMORANDUM FOR THE RECORD

DATE: 10/10/54
PAGE: 1

TO: SAC, NEW YORK

FROM: SAC, NEW YORK

SUBJECT: [REDACTED]

RE: [REDACTED]

1. [REDACTED]

2. [REDACTED]

3. [REDACTED]

4. [REDACTED]

5. [REDACTED]

6. [REDACTED]

7. [REDACTED]

8. [REDACTED]

9. [REDACTED]

10. [REDACTED]

11. [REDACTED]

12. [REDACTED]

13. [REDACTED]

14. [REDACTED]

15. [REDACTED]

16. [REDACTED]

17. [REDACTED]

18. [REDACTED]

19. [REDACTED]

20. [REDACTED]

21. [REDACTED]

22. [REDACTED]

23. [REDACTED]

24. [REDACTED]

25. [REDACTED]

26. [REDACTED]

27. [REDACTED]

28. [REDACTED]

29. [REDACTED]

30. [REDACTED]

31. [REDACTED]

32. [REDACTED]

33. [REDACTED]

34. [REDACTED]

35. [REDACTED]

36. [REDACTED]

37. [REDACTED]

38. [REDACTED]

39. [REDACTED]

40. [REDACTED]

41. [REDACTED]

42. [REDACTED]

43. [REDACTED]

44. [REDACTED]

45. [REDACTED]