

FORMULARIO DEL CLIENTE PARA SOPORTE VITAL

Lea este formulario y complételo según corresponda.

NOMBRE DEL PACIENTE:

NÚMERO DE CUENTA:

DIRECCIÓN:

EQUIPO NECESARIO:

¿Este equipo es necesario para mantener, restablecer o complementar una función vital?

	Sí	No		Sí	No
Carpa de nebulización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilación con presión positiva intermitente (IPPB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitor de apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas motorizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresor/concentrador/respirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Generador de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroestimulador eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bomba de presión/colchón antiescaras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nebulizador electrostático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipo de aspiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquina de hemodiálisis/diálisis renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro, especifique cuál		

¿Por qué es esencial el uso de este equipo para mantener la vida o mejorar la movilidad?

NOMBRE DEL MÉDICO:

TELÉFONO LABORAL:

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:

DIRECCIÓN LABORAL:

Por el presente, certifico que la información antes mencionada es verídica y correcta.

Firma del médico/osteopático

N.º de licencia del médico



42020 Garstin Dr. • P.O. Box 1547
Big Bear Lake, CA 92315