



## CERTIFICADO PACIENTE ELECTRODEPENDIENTE

SE CERTIFICA COMO ELECTRODEPENDIENTE AL PACIENTE INDIVIDUALIZADO COMO

NOMBRE DEL PACIENTE	
RUT PACIENTE	
NOMBRE TUTOR LEGAL /REPRESENTANTE	
RUT TUTOR LEGAL /REPRESENTANTE	
DIRECCION	
COMUNA	
REGION	

PERIODO INDICADO ELECTRODEPENDENCIA	
----------------------------------------	--

EL EQUIPAMIENTO QUE UTILIZA EL PACIENTE SE INDIVIDUALIZA COMO


Certifica Dr.: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

en mi calidad de (cargo establecimiento): \_\_\_\_\_

En (nombre establecimiento): \_\_\_\_\_

Ciudad, fecha: \_\_\_\_\_

