



## 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: \_\_\_\_\_

