Solicitud de actualización de datos médicos en el Registro de Electrodependientes por Cuestiones de Salud (RECS)

El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.
La Autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

Form RECS 01 Versión 1.0

A completar por el interesado

Datos de la persona electrodependiente

Apellido y nombre _____

Tipo y nº doc. _____ Fecha de nac. _____

Domicilio donde reside _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

A completar por el médico

Datos del médico

Apellido y nombre _____

Tipo y nº doc. _____ Matricula profesional _____

Teléfono particular (obligatorio) _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico (obligatorio) _____

Resumen detallado de Historia Clínica (letra clara y legible) _____

Diagnóstico CIE10 _____

Equipamiento médico prescripto

- ☐ Diálisis peritoneal automatizada (DPA) domiciliaria
- ☐ Bomba de infusión continúa, bomba de alimentación enteral o parenteral
- ☐ Equipos relacionados al soporte de la ventilación *
  equipo: _____
- ☐ Otros *
  equipo: _____

* Debe aclarar obligatoriamente que equipo utiliza.

Tiempo estimado de requerimiento: Hasta 6 meses ☐ Hasta 1 año ☐ Hasta 2 años ☐

Firma y Aclaración | Sello | Lugar y Fecha

El Ministerio de Salud se encuentra facultado para solicitar documentación, informes y/o estudios complementarios que considere necesarios para determinar la inscripción en el Registro. **INMEDIATAMENTE** iniciada la solicitud digital, deberá remitir el formulario ORIGINAL y copia de la factura del prestador del suministro eléctrico por correo postal a la Subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos (Av. 9 de Julio Nº 1925 CP 1073 CABA).

☐ Acepto recibir correos electrónicos u otras comunicaciones relacionadas con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Firma y Aclaración de quien requiere la inscripción, padre, tutor o encargado