



## 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 n° 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 n° doc. | \_\_\_\_\_ Matrícula 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 continua, 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 Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos (Rivadavia N° 875 2° piso C1002AAG).

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