



**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: \_\_\_\_\_

en : \_\_\_\_\_

Ciudad, fecha