



# Descuento de NSW para soporte vital



## Declaración médica

### Datos del/la paciente

Nombre del/la paciente que usa el equipo de soporte vital:	
Dirección del/la paciente:	
Número de contacto diurno del/la paciente:	

Doy mi consentimiento para que se divulgue mi historia clínica pertinente a esta solicitud a la OECC si la necesitara como parte de su responsabilidad en la administración de este descuento. He leído y comprendido el Aviso de privacidad sobre la colecta de información para los descuentos de energía.

Firma del/la paciente:

Fecha:

### Declaración médica

Esta sección debe ser rellenada por el médico del/la paciente

Nombre del médico:	
Número de proveedor:	
Nombre del lugar donde se examinó al paciente (hospital/clínica/consultorio):	
Número de teléfono del lugar donde se examinó al paciente (hospital/clínica/consultorio):	

### Equipo aprobado de soporte vital recetado al/la paciente

El médico del/la paciente deberá seleccionar el/los casillero/s pertinentes aquí abajo. Véase la página 4 para obtener más información sobre el equipo de soporte vital aprobado. Para satisfacer los requisitos para este descuento, el/la paciente debe haber sido examinado/a por un médico registrado que verifique que el/la paciente necesita usar el equipo de soporte vital aprobado en su residencia principal.

## Declaración del médico

Certifico que el/la paciente necesita usar:

Marque el casillero	Equipo	Cualificaciones
<input type="checkbox"/>	Concentradores de oxígeno (todo el tiempo)	La máquina se utiliza continuamente las 24 horas
<input type="checkbox"/>	Concentradores de oxígeno (parte del tiempo)	La máquina se utiliza menos de 24 horas al día (parte del tiempo)
<input type="checkbox"/>	Dispositivo de presión para las vías respiratorias (todo el tiempo)	La máquina se utiliza continuamente las 24 horas
<input type="checkbox"/>	Dispositivo de presión para las vías respiratorias (parte del tiempo)	La máquina se utiliza menos de 24 horas al día (parte del tiempo)
<input type="checkbox"/>	Bomba de alimentación enteral	-
<input type="checkbox"/>	Bomba cardíaca externa	-
<input type="checkbox"/>	Diálisis domiciliaria	-
<input type="checkbox"/>	Fototerapia	-
<input type="checkbox"/>	Sillas de ruedas eléctricas	El/la paciente debe tener clasificación de tetrapléjico <b>Nota:</b> no incluye los escúters de movilidad
<input type="checkbox"/>	Bomba de nutrición parenteral total	-
<input type="checkbox"/>	Ventiladores	<b>Nota:</b> No incluye los nebulizadores, humidificadores o atomizadores

Declaro que toda la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender.

Doy mi consentimiento para que la OECC me contacte para confirmar la exactitud de los datos personales y de salud suministrados en este formulario.

Firma del médico:

Fecha:

## Equipo de soporte vital aprobado

Tipo de equipo	Ejemplos de equipo*	Descuento anual
<b>Concentradores de oxígeno (todo el tiempo)</b>	Devilbiss, etc	\$1248,67 (la máquina debe estar en uso continuo las 24 horas)
<b>Concentradores de oxígeno (parte del tiempo)</b>	Devilbiss, etc	\$742,78 (la máquina se utiliza menos de 24 horas al día)
<b>Dispositivo de presión para las vías respiratorias (todo el tiempo)</b>	Presión continua para las vías respiratorias, de dos niveles o variable	\$285,07 (la máquina debe estar en uso continuo las 24 horas)
<b>Dispositivo de presión para las vías respiratorias (parte del tiempo)</b>	Presión continua para las vías respiratorias, de dos niveles o variable	\$144,54 (la máquina se utiliza menos de 24 horas al día)
<b>Bomba de alimentación enteral</b>	Kangaroo ePump Companion–Abbott Flexiflow Patrol Enteral Pump	\$176,66
<b>Bomba cardíaca externa</b>	Dispositivo de asistencia para el ventrículo izquierdo	\$44,17
<b>Diálisis domiciliaria</b>	Máquinas de hemodiálisis o de diálisis peritoneal cíclica automática, por ejemplo: Fresenius, Gambro, Baxter	\$618,31
<b>Equipo para fototerapia</b>	Terapia con luz azul	\$1477,52
<b>Sillas de ruedas eléctricas para tetraplégicos</b> <b>Nota: no incluye los escúters de movilidad</b>	Quickie, Zippie, etc.	\$120,45
<b>Bomba de nutrición parenteral total</b>	Bomba Volumatic, Bomba Flowguard	\$337,26
<b>Ventiladores</b> <b>Nota: No incluye los nebulizadores, humidificadores o atomizadores</b>	Serie LTV, Breas, PLV-100, etc, Iron Lung	\$1477,52

\*La lista de marcas junto a cada tipo de equipo se incluye para fines informativos únicamente, y no es una lista exhaustiva.