



Descuento de NSW de energía por motivos médicos



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 paciente:

Fecha:

Declaración médica

Esta sección debe ser rellena 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): | |

Evaluación clínica

Para satisfacer los criterios para este descuento, el/la paciente debe haber sido examinado por un médico registrado que le haya tratado por un mínimo de tres meses, si el/la paciente:

- es incapaz de autorregular la temperatura de su cuerpo,
- reúne una de las cuatro condiciones primarias y una de las tres condiciones secundarias del cuadro.

Declaración del médico

Certifico que el/la paciente no es capaz de autorregular la temperatura de su cuerpo. Trato al/la paciente desde hace por lo menos tres meses/este/a paciente fue tratado/a por el Royal Flying Doctor Service en una zona remota y regional de NSW por un mínimo de tres meses, y satisface por lo menos una condición primaria y una condición secundaria indicada en este cuadro:

| Condiciones primarias (seleccione por lo menos una) | Marque el casillero |
|--|--------------------------|
| Disfunción del sistema autonómico (dolencias clínicas en que el sistema autonómico está dañado, como las lesiones graves de la médula espinal, accidente cerebrovascular, lesión cerebral y trastornos neurodegenerativos). | <input type="checkbox"/> |
| Pérdida de la integridad de la piel o pérdida de la capacidad de sudor (p.ej. las quemaduras importantes de más del 20% del cuerpo, dolencias inflamatorias graves de la piel y algunas formas raras de sudoración desordenada). | <input type="checkbox"/> |
| Reducción objetiva de la función fisiológica ante temperaturas ambientes extremas (p.ej. esclerosis múltiple avanzada). | <input type="checkbox"/> |
| Hipersensibilidad a los extremos de temperatura ambiente que lleva a aumento del dolor u otros tipos de incomodidad, o a un mayor riesgo de complicaciones (p.ej. síndrome de dolor regional complejo y enfermedad vascular periférica avanzada). | <input type="checkbox"/> |
| Condiciones secundarias (seleccione por lo menos una) | Marque el casillero |
| Inmovilidad profunda como la que ocurre en las personas con tetraplejia o paraplejia de alto nivel, especialmente por encima del nivel del tórax medio (T7) y causa problemas de autorregulación de la temperatura del cuerpo debido a la pérdida de control del sistema nervioso simpático. | <input type="checkbox"/> |
| Pérdida significativa demostrada de la autorregulación autónoma del sudor, el ritmo cardíaco o la presión sanguínea. | <input type="checkbox"/> |
| Pérdida demostrada de la función fisiológica o agravación significativa de una dolencia clínica en condiciones de temperatura ambiental extrema. | <input type="checkbox"/> |

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: