



MÉDICOS ASIGNACION INICIAL

Aplicación que se utiliza para la inscripción de referencia médica y renovación de la certificación

PARTE 1 y se complete con los clientes (en letra de imprenta)

Cuenta de Liberty #: _____

Nombre del cliente (como aparece en su factura): _____

Nombre del residente de referencia médica (si es diferente): _____

Dirección de Servicio: _____

Dirección postal del cliente (si es diferente): _____

Teléfono de casa: (_____) Teléfono de trabajo: (_____)

Para los clientes facturados por alguien que no sea Liberty

Nombre del parque de casas móviles o complejo de apartamentos: _____

Dirección del complejo: _____

Nombre del administrador del complejo: _____ Teléfono del complejo: (_____)

Nombre del Inquilino: _____ Teléfono del inquilino: (_____)

Entiendo que: _____

1. Si el profesional médico calificado certifica que la condición médica del residente es permanente, Liberty requerirá que se complete un formulario de auto certificación de que el residente continúa siendo elegible para referencia medica cada dos años.
2. Si el médico profesional calificado certifica que la condición médica del residente no es permanente, Liberty requerirá que complete un formulario de auto certificación de la elegibilidad del residente para referencia medica cada año y que complete una nueva solicitud con la certificación de un médico profesional médico calificado cada dos años.
3. Liberty no puede garantizar un servicio eléctrico ininterrumpido y soy responsable de hacer arreglos alternativos en caso de un corte de electricidad.

Certifico que la información anterior es correcta. También certifico que el residente de referencia médica vive tiempo completo en esta dirección y requiere o continúa requiriendo la asignación de referencia médica. Acepto permitir que Liberty verifique esta información.

También estoy de acuerdo en notificar de inmediato a Liberty si el residente calificado se muda o si el residente ya no necesita la asignación básica médica.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____



MÉDICOS ASIGNACION INICIAL

Aplicación que se utiliza para la inscripción de referencia médica y renovación de la certificación

PARTE 2 A ser completado por un médico con licencia (MD) Doctor en osteopatía (DO). Asistente médico y enfermera profesional.

Yo certifico que la condición médica y las necesidades de mi paciente (en letra de imprenta):

1. **Apellido** _____ **Nombre primero** _____

Requiere el uso de un dispositivo de soporte de vida* (marque una) Si NO

El siguiente dispositivo de soporte de vida (s) es / son utilizados en el hogar del paciente nombrado arriba:

Dispositivo: _____ Horas/días: _____

Dispositivo: _____ Horas/días _____

Dispositivo: _____ Horas/días _____

* Un dispositivo de calificación de soporte de vida es un dispositivo médico utilizado para sostener la vida o que se invoque para la movilidad. Este dispositivo debe funcionar con electricidad suministrada por Liberty. Incluye, pero no se limita a, los respiradores (concentradores de oxígeno), pulmones de acero, máquinas de hemodiálisis, las máquinas de succión, estimuladores nerviosos eléctricos, almohadillas de presión y bombas, tiendas de campaña en aerosol, nebulizadores electrostáticos y ultrasónicos, compresores, máquinas de IBB, máquinas de diálisis renal, y sillas de ruedas motorizadas. **Los dispositivos utilizados para la terapia en lugar de apoyar la vida-no califican.**

2. Requiere de calefacción y refrigeración:

Los derechos de emisión de referencia estándar de médicos están disponibles para la calefacción y / o enfriamiento si el paciente es parapléjico, tetrapléjico, y hemipléjica, tiene esclerosis múltiple o la esclerodermia. Los derechos de emisión de referencia estándar de médicos también están disponibles si un paciente tiene un sistema inmune comprometido, la enfermedad mortal, o cualquier otra condición que **adicionales de calefacción o refrigeración es médicamente necesario para sostener la vida de la persona o evitar el deterioro de la condición médica de la persona.**

Requiere estándar asignación médica inicial para la **calefacción**: (marque una) Si NO

Requiere estándar asignación médica inicial para la **calefacción**: (marque una) Si NO

3. **Yo certifico que el dispositivo de soporte de vida (s) y / o adicionales de calefacción o refrigeración se requiere de aproximadamente:**

(Completo) # de años _____ OR permanentemente

Profesionales Médicos Calificados: _____ Teléfono #: (____) _____

Dirección de la oficina: _____

MD / DO licencia del Estado de California o el número de licencia militar: _____

Firma del Profesionales Medicos Calificados : _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA LIBERTAD: SOLAMENTE Fecha de recepción: _____ Médico de asignación de referencia: _____

Recertificación: Auto-certificación cada 2 años Auto-certificar anualmente, la certificación de Profesionales Médicos Calificados cada 2 años

Mail To: Liberty Utilities (CalPeco Electric) LLC, Attn: Medical Baseline, 933 Eloise Ave., South Lake Tahoe, CA 96150