



## MÉDICOS ASIGNACION INICIAL

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

**PARTE 1. Ser completado por el client (imprimir) *Ambas páginas deberán ser enviadas juntas por el cliente.***

Cuenta de Liberty #: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente (como aparece en su factura): \_\_\_\_\_

Nombre del Medico Residente de linea de base (si es diferente): \_\_\_\_\_

Direccion de Servicio: \_\_\_\_\_

Cliente de correo electronico (si es diferente): \_\_\_\_\_

Numero teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Numero de teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_

### **Para los clientes facturados por alguien que no sea la Liberty**

Nombre del parquet para casas moviles o complejo de apartamentos: \_\_\_\_\_

Complejo Direccion: \_\_\_\_\_

Administrador del Complejo Nombre: \_\_\_\_\_ Complejo de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

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 complete un formulario que certifique que el residente continúa siendo elegible para Medical Baseline cada **cuatro años**.
2. Si el profesional médico calificado certifica que la condición médica del residente **no es permanente**, Liberty requerirá una certificación de un médico [profesional médico calificado] cada **dos años**.
3. Liberty no puede garantizar el servicio eléctrico sin interrupciones y yo soy responsable de hacer los arreglos alternativos en caso de una interrupción eléctrica.

Yo certifico que la información anterior es correcta. También certifico que el Médico Residente de referencia vive a tiempo completo en esta dirección, y requiere o sigue exigiendo la asignación médica inicial. Estoy de acuerdo en permitir la Libertad para verificar esta información.. **También estoy de acuerdo en notificar de inmediato la Liberty si se mueve el calificado o asignación médica inicial ya no es necesario por el residente.**

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 medico con licencia (MD) or doctor en osteopatía (DO)

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:

Dispositivo:

Dispositivo:

\* 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 la Libertad. 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 una asignación básica médica estándar para enfriamiento: (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

Nombre del médico: Teléfono #: ( )

Dirección de la oficina:

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

Firma del Médico: Fecha:

PARA USO DE LA LIBERSOLO Fecha de recepción: Médico de asignación de referencia:

Recertificación: Permanente cada 4 años 2 años Certification No Permanente Profesional médico calificadocada cada dos años.

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