



Solicitud de Inscripción en el Registro de Electrodependientes por Cuestiones de Salud (RECS)

El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.
La Autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

Form RECS 01 Versión 1.0

A completar por el interesado

Datos de la persona electrodependiente

Apellido y nombre _____
Tipo y nº doc. _____ Fecha de nac. _____
Domicilio donde reside _____ Localidad _____ Provincia _____
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico _____

Datos del titular de la cuenta de suministro eléctrico

Apellido y nombre _____ Tipo y nº doc. _____
Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____
Vínculo con la persona que requiere la inscripción _____
Teléfono particular (opcional) _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico _____
Compañía proveedora del suministro _____
Número de cliente _____

A completar por el médico

Datos del médico

Apellido y nombre _____
Tipo y nº doc. _____ Matricula profesional _____
Teléfono particular (obligatorio) _____ Teléfono celular _____
Correo electrónico (obligatorio) _____

Resumen detallado de Historia Clínica (letra clara y legible) _____

Diagnóstico CIE10 _____

Equipamiento médico prescripto

- Diálisis peritoneal automatizada (DPA) domiciliaria
- Bomba de infusión continua, bomba de alimentación enteral o parenteral
- Equipos relacionados al soporte de la ventilación *
equipo: _____
- Otros * _____
equipo: _____

* Debe aclarar obligatoriamente que equipo utiliza.

Tiempo estimado de requerimiento: Hasta 6 meses Hasta 1 año Hasta 2 años

Firma y Aclaración

Sello

Lugar y Fecha

El Ministerio de Salud se encuentra facultado para solicitar documentación, informes y/o estudios complementarios que considere necesarios para determinar la inscripción en el Registro. **INMEDIATAMENTE** iniciada la solicitud digital, deberá remitir el formulario ORIGINAL y copia de la factura del prestador del suministro eléctrico por correo postal a la Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos (Av. 9 de Julio N° 1925 CP 1073 CABA).

Acepto recibir correos electrónicos u otras comunicaciones relacionadas con el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Firma y Aclaración del titular del servicio

Firma y Aclaración de quien requiere la inscripción, padre, tutor o encargado