



Certificado médico/clínico de enfermedad grave o necesidad de soporte vital

Algunas empresas de servicios públicos requieren que utilice su formulario.

Este documento certifica lo siguiente:

Nombre de la persona enferma: _____

Lugar de residencia: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Es este paciente un cliente de servicios públicos? Sí No

Si no es así, ¿cuál es la relación con el cliente? _____

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR UN MÉDICO O PERSONAL CLÍNICO CON LICENCIA

Encierre una opción en un círculo:

Por el presente, certifico que la cancelación del servicio ELÉCTRICO/DE TELÉFONO/DE AGUA/DE GAS ocasionará lo siguiente: [marque la(s) casilla(s) que corresponda(n)]

☐ Agravar una enfermedad grave existente, lo que posiblemente resulte en un empeoramiento de la condición y una enfermedad aguda grave para la salud de la persona mencionada anteriormente.

☐ Evitar el uso de equipo de soporte vital por parte de la persona nombrada anteriormente, resultando en una posible muerte (equipo de soporte vital se refiere a cualquier dispositivo que use energía eléctrica o de gas que el médico o personal clínico autorizado de esta persona determine como esencial para prevenir o brindar alivio a una enfermedad grave o para mantener la vida del cliente u ocupante de las instalaciones).

Nombre de la empresa de servicios públicos: _____ N.º de cuenta: _____

Nombre del médico/personal clínico: (letra imprenta) _____

N.º de licencia: _____

Cargo: _____

Dirección de la oficina: _____

Teléfono de la oficina: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del médico/personal clínico: _____ Fecha _____

Firma de la persona enferma: _____ Fecha _____