



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 n° 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 n° 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 n° 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.

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

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