

# FORMULARIO DEL CLIENTE PARA SOPORTE VITAL

Lea este formulario y complételo según corresponda.

**NOMBRE DEL PACIENTE:**

**EQUIPO NECESARIO:**

¿Este equipo es necesario para mantener, restablecer o complementar una función vital?

	Sí	No		Sí	No
Carpa de nebulización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilación con presión positiva intermitente (IPPB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitor de apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas motorizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compresor/concentrador/respirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Generador de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroestimulador eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bomba de presión/colchón antiescaras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nebulizador electrostático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipo de aspiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquina de hemodiálisis/diálisis renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro, especifique cuál		

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Por qué es esencial el uso de este equipo para mantener la vida o mejorar la movilidad?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL MÉDICO:**

**TELÉFONO LABORAL:**

**CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:**

**DIRECCIÓN LABORAL:**

Por el presente, certifico que la información antes mencionada es verídica y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/osteopático

\_\_\_\_\_  
N.º de licencia del médico

42020 Garstin Dr. • P.O. Box 1547  
Big Bear Lake, CA 92315

