

CERTIFICADO MÉDICO DE ENFERMEDAD GRAVE O CUIDADOS INTENSIVOS

La presente certifica que _____ reside en:

Dirección física: _____

Ciudad, estado, Zona postal: _____

Número telefónico: _____

Relación con el cliente _____

Número de cuenta del servicio público: _____

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR UN MEDICO AUTORIZADO SOLAMENTE

Certifico que el cese del servicio eléctrico y/o del gas (marque todas las opciones que correspondan):

- empeorará una enfermedad grave existente* o
- impedirá el empleo del equipo de cuidados intensivos por la persona antes mencionada.**

(Favor escribir en letra de imprenta)

Nombre del médico _____

Licencia N.º _____

Cargo _____

Dirección _____

Número de la oficina _____ **Número de fax** _____

Correo electrónico (opcional) _____

Firma del médico _____ **Fecha** _____

Este certificado médico solo tendrá validez por un período no mayor a 30 días.

* "Enfermedad grave" significa una enfermedad que pueda certificar un médico autorizado, de tal manera que el cese del servicio durante el lapso cubierto por el certificado sería especialmente nociva para la salud de quien padece la enfermedad grave según la certificación.

** "Equipo de cuidados intensivos" significa cualquier dispositivo eléctrico o a gas, que, de acuerdo con la

certificación del médico autorizado, sea esencial para prevenir o aliviar una enfermedad grave o mantener con vida al cliente o a un habitante del inmueble.

Formulario PSC-801

Orig. 110205