



PROGRAMA DE PREPARACIÓN MÉDICA

Solicitud de Inscripción

1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Número de Cuenta de SRP

Nombre del Cliente (tal y como aparece en su recibo de SRP)

Dirección en la que tiene servicio eléctrico de SRP

Dirección en la que recibe su correspondencia – si tiene una distinta a la dirección de servicio eléctrico

de teléfono principal

de teléfono secundario

Para inscribirse en el Programa de Preparación Médica de SRP:

(Por favor escriba toda la información de manera legible)

1. Complete la primera página de esta solicitud
2. Pídale a su doctor que llene la segunda página de esta solicitud
3. Envíe la solicitud por correo o fax a:
Programa de Preparación Médica
SRP PAB 370
P.O Box 52025
Phoenix, AZ 85072-2025
Fax: **(602) 629-7909**

2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Nombre del doctor del paciente

de teléfono del doctor

de fax del doctor

3. ACUERDO DE ESTADO MÉDICO Y FIRMA

1. Entiendo que una condición médica no garantiza que mi servicio eléctrico no será desconectado por la falta de pago de un recibo de luz y que las cuentas médicas están sujetas a los mismos términos de pago que otras cuentas de servicio eléctrico residencial.
2. Entiendo que si soy elegible para el programa y cuento con el servicio eléctrico de M-Power, el servicio eléctrico prepagado de **M-Power será removido** y será puesto en el plan básico de servicio eléctrico residencial.
3. Entiendo que SRP recomienda contar con una fuente de energía contra fallas eléctricas (como un generador de luz portátil, baterías adicionales, etc.) que puedan operar el equipo médico durante un apagón.
4. Entiendo que en cualquier momento SRP puede pedir verificar que el equipo médico en uso sea elegible.
5. Doy permiso al doctor anotado arriba para que proporcione a SRP la información médica pertinente.

Firma del Cliente de SRP (Requerida)

Fecha

Firma del Paciente* (Requerida – si es distinta al cliente de SRP)

Fecha

Por favor pídale a su doctor que complete la segunda página de la solicitud y devuélvala a SRP con una copia de una receta médica.



For Physician Use Only

Page 2: To be completed by a prescribing Physician, licensed to practice medicine in the state of Arizona. **A completed Prescription Slip is also required.**

1. Patient's Name: _____ 2. DOB: _____ (optional)

3. SRP Account # _ _ _ - _ _ _ - _ _ _

4. Requires the use of the following life support equipment, which needs electricity to operate (check **Yes** or **No** for each):

- Yes** **No** **Kidney/Hemo/Peritoneal dialysis** / Equipo de diálisis para riñones/ hemo/ peritoneal
- Yes** **No** **Ventilators** / Ventiladores y oxímetros
- Yes** **No** **Infant apnea monitor** / Monitor de Apnea infantil
- Yes** **No** **Feeding or infusion pump(s)** / Bombas de alimentación o infusión
- Yes** **No** **Suction machine** / Máquinas de succión
- Yes** **No** **Oxygen concentrator** / Concentradores de oxígeno
- Yes** **No** **Left ventricular assist device(s)** / Dispositivo de asistencia de ventrículo izquierdo

5. Is the equipment **essential to sustain life***?

- Yes** **No**

***Essential to sustain life** is defined as "medical equipment where discontinuance of service from the equipment for a period longer than four hours could be especially dangerous to an individual's health"

6. I certify that the equipment indicated above is required for this patient.

Physician Signature (Required)

Date

Attach prescription slip here

(or on separate page if needed)

Prescription slip must include:

- *Prescribed qualifying Medical Life Support equipment*
- *Patient's name*
- *Date*
- *Signature of prescribing physician*

SRP Use Only

APPROVED?

- Yes** Date _____ By _____
- No** Equipment does not qualify
- Other** _____