



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Gracias por su interés en el Programa de Preparación Médica de SRP. Para completar el proceso de aprobación, siga los siguientes pasos:

- 1** Complete la Parte I de este formulario en su totalidad.
- 2** Solicite al médico que le prescribe el tratamiento, y que cuenta con licencia para ejercer la medicina en el estado de Arizona, que complete la Parte II de este formulario.
- 3** Devuelva la solicitud completa a SRP lo antes posible. Puede enviar la documentación por correo utilizando el sobre que le hemos facilitado o enviar fotos de los documentos por correo electrónico a **crc_medical@srpnet.com**. También puede enviar la documentación por fax al **(602) 629-7909**. No se procesarán las solicitudes incompletas.

NOMBRE TAL COMO APARECE EN SU RECIBO DE SRP (REQUERIDO)

NÚMERO DE CUENTA DE SRP (REQUERIDO)

DIRECCIÓN DE SERVICIO DE SRP (REQUERIDO)

CORREO ELECTRÓNICO (REQUERIDO)

NÚMERO DE TELÉFONO (REQUERIDO)

FIRMA (REQUERIDO)

FECHA (REQUERIDO)

☐ Me gustaría añadir un contacto de Safety Net. (Enviar alertas de pago vencido a un amigo o familiar)

NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE SAFETY NET (REQUERIDO SI SE SELECCIONA)

DOMICILIO POSTAL DEL CONTACTO DE SAFETY NET (INCLUYENDO CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL) (REQUERIDO SI SE SELECCIONA)

Autorizo a mi médico a divulgar información médica pertinente a SRP. Entiendo que:

- Si estoy inscrito en el programa, las condiciones de pago de mi recibo no cambiarán. Si no pago mi recibo de electricidad ni contacto a SRP para solicitar ayuda, es posible que me desconecten el servicio.
- Si soy cliente de SRP M-Power® y reúno los requisitos para el programa, se me cambiará al Plan de Precio Básico residencial.
- SRP recomienda encarecidamente contar con una fuente de alimentación ininterrumpida (como un generador portátil, una batería de respaldo, etc.) que permita operar los equipos mecánicos en caso de interrupción del suministro eléctrico.
- SRP puede solicitar en cualquier momento la verificación de que se está utilizando el equipo médico que cumple con los requisitos.

SRP SAFETY NET

- Incluir a alguien en su Safety Net no lo hace responsable de su recibo ni le otorga control o acceso a su cuenta. Esta notificación enviada por correo sirve para informar sobre una cuenta con saldo vencido. Los contactos de Safety Net no necesitan vivir en Arizona ni ser clientes de SRP.
- Es responsabilidad del cliente informar al amigo o familiar asignado que ha sido designado como su contacto de Safety Net.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al **(602) 236-3000** de lunes a viernes, de 8 a. m. - 5 p. m.



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Debe ser completado en su totalidad por el médico prescriptor autorizado para ejercer la medicina en el estado de Arizona.

NÚMERO DE CUENTA DE SRP (REQUERIDO)

NOMBRE DEL PACIENTE (REQUERIDO)

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE
(REQUERIDO)

¿El equipo se encuentra en el hogar? ☐ Sí ☐ No

Seleccione los dispositivos médicos de Clase III aprobados por la FDA, esenciales para el mantenimiento de la vida y dependientes de electricidad, que el paciente utiliza en su hogar. Dicho equipo se define como aquel "equipo médico cuya interrupción del funcionamiento durante un periodo superior a cuatro horas podría resultar especialmente peligrosa para la salud de una persona".

- | | |
|---|---|
| ☐ Máquina de hemodiálisis o de diálisis peritoneal | ☐ Máquina de succión |
| ☐ Ventilador | ☐ Concentrador de oxígeno |
| ☐ Monitor de apnea para bebés | ☐ Dispositivo de asistencia ventricular izquierda |
| ☐ Bomba de alimentación o de infusión | ☐ SynCardia Total Artificial Heart (TAH)
(Corazón artificial total SynCardia) |

Certifico que el equipo indicado anteriormente es necesario para el paciente.

NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRA DE IMPRENTA (REQUERIDO)

FIRMA DEL MÉDICO (REQUERIDO)

FECHA (REQUERIDO)

()
NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO (REQUERIDO)

()
NUMERO DE FAX DEL MÉDICO (REQUERIDO)

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL* (REQUERIDO)

*Requerida si es diferente del cliente de SRP. El padre o tutor legal debe firmar si el paciente es menor de 18 años.

Puede enviar la documentación por correo utilizando el sobre que le hemos proporcionado o enviar fotos de la misma por correo electrónico a **crc_medical@srpnet.com**. También puede enviar los documentos por fax al **(602) 629-7909**. No se procesarán las solicitudes incompletas.