



## Solicitud de renovación en el 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 nº 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 nº 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 nº 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 (Av. 9 de Julio N° 1925 CP 1073 CABA).

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, tutor o encargado