



Asociación Eléctrica Cooperativa Wright-Hennepin
6800 Electric Drive • P.O. Box 330 • Rockford, MN 55373

Phone (763) 477-3000 • (800) 943-2667 • info@whe.org • www.whe.org

FORMULARIO MÉDICO DE SERVICIOS CRÍTICOS

Este formulario debe ser completado y firmado por el médico tratante para un paciente solicitando consideración especial del servicio de prioridad durante las situaciones de corte de suministro eléctrico y servicios críticos.

Nombre de la clínica _____

Número de teléfono de la clínica _____ Número de Fax de la clínica _____

Dirección de la clínica _____ Unidad # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Nombre del médico _____

Número de teléfono del médico _____

Nombre del paciente _____ Número de teléfono _____

Servicio eléctrico del paciente dirección _____ Apt. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Certifico que el paciente arriba mencionado está utilizando un sistema de soporte de vida crítico que requiere electricidad para funcionar. El sistema requerido es (por favor marque todas las que apliquen):

- Monitor de niño, Nebulizador, Telecomunicaciones, Instalaciones para personas con discapacidad física, Colostromy, Ventilador, Cama eléctrica o silla ascensor, Concentrador de oxígeno, Diálisis, Ayuda de pulma, Equipo médico especial, Esclerosis múltiple, Respirador, Otras necesidades médicas

Si usted marcó otras necesidades médicas, por favor especifique: _____

¿Este equipo crítico tiene una batería de respaldo? Sí No

Firma del médico: _____ Fecha de hoy _____

Presentar el terminar por correo electrónico, correo o fax a la asociación eléctrica de cooperativa Wright-Hennepin para asegurar que el servicio de este paciente esté incluido en la lista de servicios críticos de la cooperativa.

Wright-Hennepin Cooperative Electric Association
Attn: Electric Dispatch Center
P.O. Box 330
Rockford, MN 55373

Correo electrónico: info@whe.org
Fax: (763) 477-3078