



**Wright-Hennepin**  
Cooperative Electric Association

A Touchstone Energy® Cooperative 

## 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. Una versión completa de esta forma debe ser firmada y presentada a Wright-Hennepin (WH). Ver la página 2 de este formulario de política de servicios críticos de WH sobre qué detalles de elegibilidad, requisitos y procedimiento de respuesta de interrupción de la cooperativa. En caso de una interrupción prolongada, se hará todos los esfuerzos para restaurar lo antes posible este servicio.

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 \_\_\_\_\_

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. Si se elimina el sistema de soporte de vida para el paciente arriba mencionado, por favor notifique a WH.

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