

**CERTIFICADO DE ENFERMEDAD GRAVE O SOPORTE VITAL O
AUTORIZACIÓN PARA QUE LA COMPAÑÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS
DIVULGUE INFORMACIÓN DE CONTACTO EN UNA EMERGENCIA
RELACIONADA CON EL CLIMA**

Por la presente, se certifica que _____ reside en:

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el cliente: _____

Número de cuenta de servicios públicos: _____

Nota: Este formulario consta de dos secciones que proporcionan diferentes avisos/autorizaciones.
Puede completar y enviar una o ambas secciones, según corresponda, a su compañía de
servicios públicos.

SECCIÓN UNO: Certificación de enfermedad grave o soporte vital.

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR UN MÉDICO
AUTORIZADO O POR UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CERTIFICADO.**

Por la presente certifico que el cese de los servicios de electricidad o gas supondrá lo siguiente (marque la casilla o casillas correspondientes):

- empeorará una enfermedad grave existente¹, o
- impedirá el uso de equipos de soporte vital por parte de la persona nombrada anteriormente²

Nombre del médico o profesional de enfermería certificado _____
(Escriba en letra imprenta)

Cargo: _____

N.º de licencia _____

Dirección: _____

Número de oficina _____ Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico _____

Firma del médico o profesional de enfermería certificado: _____

IMPORTANTE:

Dentro de los 30 días posteriores a la presentación de este certificado, deberá llegar a un acuerdo con su proveedor de servicios públicos para el pago de las facturas pendientes y las vigentes para continuar con el servicio.

¹ "Enfermedad grave" significa una enfermedad que puede ser certificada como tal por un médico autorizado, y para la cual el cese del servicio durante el período de tiempo cubierto por el certificado sería especialmente peligrosa, poniendo en riesgo la salud de la persona certificada como gravemente enferma.

² "Equipo de soporte vital" significa cualquier dispositivo que utilice energía eléctrica o gas, y que haya sido certificado por un médico autorizado como esencial para prevenir o aliviar una enfermedad grave, o para mantener con vida del cliente o a un habitante de la propiedad.

SECCIÓN DOS: Autorización para que la compañía de servicios públicos divulgue la información de contacto en una emergencia relacionada con el clima.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA SI DESEA AUTORIZAR A SU COMPAÑÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS A DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE UNA EMERGENCIA RELACIONADA CON EL CLIMA³

Yo, _____, autorizo a mi compañía de servicios públicos _____
Nombre en letra de imprenta Nombre de la compañía

a proporcionar a cualquier agencia de respuesta a emergencias del gobierno local, estatal o federal la siguiente información de contacto, para que la agencia pueda brindarme asistencia en caso de una emergencia relacionada con el clima;

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____

N.º de cuenta de servicios públicos: _____

Nombre en letra imprenta: _____

Firma del cliente: _____

³Esta sección, si está firmada, permitirá que su compañía de servicios públicos divulgue su información de contacto a cualquier agencia de respuesta a emergencias del gobierno local, estatal o federal. La divulgación de esta información tiene como único propósito verificar su bienestar y brindarle asistencia en caso de una emergencia relacionada con el clima, en la medida de lo posible. El envío de este formulario no le dará prioridad en la restauración del servicio eléctrico.

Formulario PSC-801
Orig. 110205 Rev. 080715