



# APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE PREPARACIÓN MÉDICA

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

- 1** Complete la Parte I de este formulario en su totalidad.
- 2** Haga que su médico llene la Parte II de este formulario y escriba un talón de prescripción todo el equipo médico requerido y aprobado por el SRP.
- 3** Devuelva la solicitud completa y el talón de prescripción a SRP lo antes posible. Puede enviar por correo su documentación utilizando el sobre proporcionado o enviar por correo electrónico fotos de su documentación a **crc\_medical@srpnet.com**. También puede enviar su documentación por fax al **(602) 629-7909**. No se tramitarán las solicitudes incompletas.

## PARTE I - Completar por el cliente

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMO APARECE EN SU FACTURA DE SRP

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CUENTA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE SERVICIO DE SRP

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

(       )  
NÚMERO DE TELÉFONO

Doy permiso a mi médico para que proporcione información médica pertinente a SRP.  
Entiendo que:

- Si estoy inscrito en el programa, las condiciones del pago de mi factura no cambiarán. Si no pago mi factura de electricidad o no me dirijo a SRP para pedir ayuda, es posible que me desconecten el servicio.
- Si soy un cliente de M-Power y soy elegible para el programa, me cambiarán al Plan de Precio Básico Residencial.
- SRP recomienda encarecidamente tener una fuente eléctrica de energía ininterrumpida (como un generador portátil, batería de respaldo, etc.) que haga funcionar los equipos mecánicos en caso de pérdida de electricidad.
- SRP puede pedir que se verifique que el equipo médico calificado está en uso en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

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



# APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE PREPARACIÓN MÉDICA

## PART II - To be completed by prescribing physician who is licensed to practice medicine in the state of Arizona.

Fill out this form completely, then provide a prescription slip for all SRP-approved medical equipment that the patient uses in their home. The slip should include the type of eligible equipment, today's date and your signature. Debe ser completada por el médico prescriptor con licencia para practicar la medicina en el estado de Arizona)

\_\_\_\_\_  
SRP ACCOUNT NUMBER

\_\_\_\_\_  
PATIENT'S NAME

\_\_\_\_\_  
PATIENT'S DOB (REQUIRED)

Is the equipment located in the home?  Yes  No

Is the equipment essential to sustaining life and SRP-approved?  Yes  No

Such equipment is defined as "medical equipment where a discontinuance of service from the equipment for a period longer than four hours could be especially dangerous to an individual's health."

Which of the following types of SRP-approved life-support equipment does the patient require? Select all that apply.

Hemodialysis or peritoneal dialysis machine

Suction machine

Ventilator

Oxygen concentrator

Infant apnea monitor

Left ventricular assist device

Feeding or infusion pump

I certify that the equipment indicated above is required for the patient.

\_\_\_\_\_  
PRINTED PHYSICIAN NAME (REQUIRED)

\_\_\_\_\_  
PHYSICIAN SIGNATURE (REQUIRED)

\_\_\_\_\_  
DATE

( \_\_\_\_\_ )  
PHYSICIAN PHONE NUMBER

( \_\_\_\_\_ )  
PHYSICIAN FAX NUMBER

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL (PATIENT OR LEGAL GUARDIAN SIGNATURE)\*

\*SE REQUIERE SI ES DIFERENTE DEL CLIENTE DE SRP. LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL DEBEN FIRMAR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS. (REQUIRED IF DIFFERENT FROM SRP CUSTOMER. PARENT OR LEGAL GUARDIAN MUST SIGN IF THE PATIENT IS UNDER THE AGE OF 18.)