

# ENVIAR POR CORREO O FAX A:

MTE Lebanon – PO Box 220, Lebanon, TN 37088-0220

FAX: 615•413•5227



## PROGRAMA DE SOPORTE VITAL: FORMULARIO DE NECESIDAD MÉDICA

Al completar este formulario y hacer que un médico firme y certifique que la desconexión del servicio eléctrico generaría una situación potencialmente mortal, MTE puede inscribirlo en el Programa de Soporte Vital (Life Support Program). Luego de la verificación, su cuenta eléctrica individual se marcará como “soporte vital” con un sello naranja en el medidor, lo que mantendrá a nuestros empleados actualizados acerca del estado de su cuenta. Si bien no es una garantía de servicio, el programa permite que MTE preste especial atención a los miembros inscritos en casos de morosidad en los pagos y, en cierta medida, situaciones de interrupción del servicio.

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Número de cuenta de MTE: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de servicio: \_\_\_\_\_

Ciudad y estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Por el presente, confirmo, reconozco y acepto lo siguiente:

1. El médico que se indica a continuación puede divulgar la información médica necesaria para procesar la inscripción y la certificación del Programa de Soporte Vital de MTE.
2. A este formulario de necesidad médica lo debe completar un médico o un enfermero con licencia para ejercer en el estado de Tennessee, que certifique que la desconexión del servicio eléctrico generaría una situación médica potencialmente mortal para el miembro u otro residente permanente del hogar del miembro. Es responsabilidad del miembro asegurarse de que MTE haya aprobado este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la cuenta de miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Certifico que soy un médico con licencia, que el paciente antes mencionado se encuentra bajo mi cuidado y que, en mi opinión médica profesional, la desconexión del servicio eléctrico generaría una situación médica potencialmente mortal debido a lo siguiente:

[A continuación, indique la enfermedad o condición, o el dispositivo necesario para mantener las funciones vitales.]

\_\_\_\_\_  
Certifico que la información incluida en este documento, a mi leal saber y entender, es completa y precisa, y se encuentra respaldada en los registros médicos del paciente. Acepto proporcionar actualizaciones y detalles adicionales a pedido con respecto a la necesidad específica de servicio eléctrico debido a la condición o tratamiento del paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico: (EN LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
Número de licencia de TN:

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del médico:

Procesado para sello naranja (solo para uso del personal)

Revisión: 04/2025