



Candidatura ao Programa Medical Baseline – Parte B (A ser preenchido por Médico*.)

Certificação de médico para inscrição e recertificação no Programa Medical Baseline

PASSO 5 A ser preenchido por um médico qualificado

Certifico a condição médica e as necessidades do meu doente: (Imprima.)

ÚLTIMO NOME DO DOENTE

PRIMEIRO NOME DO DOENTE

1a. O doente está em cuidados paliativos domiciliários (Marque uma opção.) Sim Não

1b. Requer o uso de dispositivo(s) de assistência à vida[†] (Marque uma opção.) Sim Não

O(s) seguinte(s) dispositivo(s) de assistência à vida é(são) usado(s) na residência do doente acima mencionado:

Dispositivo: _____ Eletricidade Gás

Dispositivo: _____ Eletricidade Gás

Dispositivo: _____ Eletricidade Gás

[†]Um dispositivo de assistência à vida qualificado é qualquer dispositivo médico utilizado para sustentar a vida ou para mobilidade. Este dispositivo tem de funcionar com gás ou eletricidade fornecida pela PG&E. Tal inclui, sem limitação, respiradores (concentradores de oxigénio), pulmões de aço, máquinas de hemodiálise, máquinas de sucção, estimuladores nervosos elétricos, almofadas e bombas de pressão, tendas de aerossol, nebulizadores eletrostáticos e ultrassónicos, compressores, máquinas RPPI, máquinas de diálise renal cadeiras de rodas motorizadas. **Dispositivos utilizados para terapia e não assistência à vida não se qualificam.**

2. Requer aquecimento e/ou arrefecimento:

Estão disponíveis subsídios Medical Baseline padrão para aquecimento e/ou arrefecimento se o doente for paraplégico, tetraplégico, hemiplégico ou tiver esclerose múltipla ou esclerodermia. Os subsídios Medical Baseline padrão também estão disponíveis se o doente tiver um sistema imunitário comprometido, doença com risco de vida ou qualquer outra condição para a qual **aquecimento ou arrefecimento adicional seja clinicamente necessário para sustentar a vida do doente ou prevenir a deterioração da condição médica do doente.**

Aquecimento adicional é clinicamente necessário: (Marque uma opção.) Sim Não

Arrefecimento adicional é clinicamente necessário: (Marque uma opção.) Sim Não

3. Certifico que os dispositivos de assistência à vida e/ou aquecimento ou arrefecimento adicional serão necessários durante aproximadamente:

 (Selecione uma opção.)

Número de anos: _____ ou Permanentemente

NOME DO MÉDICO

NÚMERO DE TELEFONE

ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

LICENÇA MÉDICA DO ESTADO OU NÚMERO DA LICENÇA MILITAR

ASSINATURA

DATA

*Um médico licenciado, uma pessoa licenciada de acordo com o Osteopathic Initiative Act, um enfermeiro ou um assistente médico pode certificar a elegibilidade de um doente como portador de uma condição ou doença potencialmente fatal.

Candidatura por correio para:

PG&E Billing Center Medical Baseline

P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

OU

candidate-se online: pge.com/medicalbaseline