

***Datos Obligatorios**

Fecha: _____

Apellido y Nombres*: _____ Edad*: _____

N° de afiliado*: _____ Sexo*: _____

Teléfono*: _____ Teléfono alternativo*: _____

Dirección*: _____ Localidad*: _____

Correo electrónico: _____

Empresa de Emergencia y Urgencia Médica*: _____ Socio N°: _____

Teléfono ante la emergencia*: _____

Tipo de vivienda*:

- Casa en PB Casa de dos plantas Edificio de departamentos Casilla
 Zona urbana Zona sub urbana Zona rural Barrio de emergencia

Tipo de alimentación eléctrica de su vivienda*:

- Energía eléctrica 220 W con medidor Energía eléctrica sin medidor Por generador Sin energía eléctrica

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

DATOS COMPLEMENTARIOS*

	SI	NO	
Estabilidad Clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cantidad/día _____
Hipertensión Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cor Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliglobulia Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disnea de Esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deambula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trabaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas semanales _____ Tareas que realiza _____
Rehabilitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas semanales _____ Especificar _____

Fuente de oxígeno elegida*: _____

Horas de uso*: _____ Flujo por minuto*: _____

Período estimado de tratamiento: _____

Observaciones: _____

Sello y firma del Médico solicitante*

(Neumólogo- Esp.en vías respiratorias)

Teléfono de contacto: _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS

- Espirometría
- 2 (dos) Gasometrías con 2 (dos) semanas como mínimo de diferencia en período de estabilidad para comienzo de la provisión (para renovación 1 (una) gasometría)
- RX de tórax
- Prueba de la marcha de los 6 minutos cuando esté indicado (P02 mayor o igual a 60 mm de Hg.)

LOS DATOS DEBERAN SER AVALADOS POR LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES CARECIENDO DE VALIDEZ SIN ELLOS.