

**SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA**  
Concentrado - Mochila - Eq. de O<sub>2</sub> líquido - Tubos

**\*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.**