

Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria

Formulario de primera vez

Gerencia de Prestaciones Sanitarias

Centro de At. al Beneficiario (CAB) Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido Edad

Tipo y N° Documento N° Afiliado Sexo Masculino Femenino

Domicilio para la entrega del equipo

Domicilio Ciudad

Teléfono CP Prov.

Diagnóstico

.....
.....
.....

Mediciones

Primera medición pO2 basal sin oxígeno mm Hg Fecha

Segunda medición pO2 basal sin oxígeno mm Hg Fecha

pO2 basal con oxígeno mm Hg

Prueba de esfuerzo (si corresponde)

Saturación de O2 en esfuerzo

Sin Oxígeno % Con Oxígeno % Fecha

Hematocrito Fecha

Electrocardiograma

Tratamiento

.....
.....

Tipo y fuente indicada (complete la que solicita)

Fuente	Flujo	Observaciones
Oxígeno Gaseoso		
Concentrador de Oxígeno		
Oxígeno líquido (freelok)		Actividad del Paciente

Firma y Sello del Médico