

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