

## Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria

### Formulario de renovación

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

pO<sub>2</sub> basal con oxígeno  mm Hg ..... Fecha

Si no la solicitó por estabilidad clínica, informe solo saturación de Air Liquide.

Saturación informada por Air Liquide S.A.  ..... Fecha

#### Hematocrito

..... Fecha

#### Electrocardiograma

..... Fecha

#### Tratamiento actual

.....

.....

#### Internación en los últimos 6 meses

.....

.....

#### 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