

**ANEXO -  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA.**

**1. DATOS PERSONALES:**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_  
 BENEFICIO N°: \_\_\_\_\_  
 U.G.L.: \_\_\_\_\_ AGENCIA: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

**2. DATOS MEDICOS:**

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
 CENTRO MÉDICO DE CÁPITA: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO PRESCRIPTOR: \_\_\_\_\_

• **INDICACIÓN FLUJO:**

FLUJO DE OXIGENO: \_\_\_\_\_ LTS/MIN.  
 CANT. DE HS/DÍA: \_\_\_\_\_ HS/DÍA.

• **DISPOSITIVO DE SUMINISTRO:**

\* BIGOTERA:  \*CÁNULA:  \*MÁSCARA NASAL:  \*MÁSCARA NASAL CON MENTONERA:   
 \*MÁSCARA BUCO-NASAL:  \*OTROS:.....

**3. FUENTE DE OXIGENO (marcar con una X):**

• TUBO FIJO:  • CONCENTRADOR:   
 • TUBO PORTATIL:  • NEBULIZADOR / ASPIRADOR:   
 • MOCHILA DE OXIGENO:  (con reservorio)

• CPAP:  Valor CPAP (CMH20) : \_\_\_\_\_ Termohumidificador:   
 • AUTO-CPAP:  Pres. Min.: \_\_\_\_\_ Pres. Max.: \_\_\_\_\_ Termohumidificador:   
 • BPAP:  Termohumidificador:   
 • BPAP - C/Frec. De Back UP  PEP: \_\_\_\_\_ PIP: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Termohumidificador:   
 • RESPIRADOR MECANICO:  Termohumidificador:

• **COMPLETAR SI REQUIERE OXIGENOTERAPIA:**

PUERTO DE OXIGENO:  WHISPER:



RESUMEN MÉDICO JUSTIFICANDO EL TRATAMIENTO:

4. OTROS DATOS:

DURACIÓN DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN PRESCRIPTA: \_\_\_\_\_

GASOMETRÍA BASAL: PO2: \_\_\_\_\_ PCO2: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

ESPIROMETRÍA – conclusión- : FVC: \_\_\_\_\_ FEV: \_\_\_\_\_

PRIMERA SOLICITUD: SI  NO  FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

RENOVACIÓN (**6 meses**): SI  NO  FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y Sello Médico Tratante.

Firma y Sello Agente I.N.S.S.J.Y.P.