

**FORMULARIO**Descargado de [www.luzyfuerzabasalud.com.ar](http://www.luzyfuerzabasalud.com.ar)**SOLICITUD DE OXÍGENO TERAPIA DOMICILIARIA****DATOS PERSONALES****FECHA**

/ /

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Documento N°: \_\_\_\_\_

N° de Beneficiario: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**DATOS MÉDICOS**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico prescriptor: \_\_\_\_\_

**INDICACIÓN DE FLUJO****DISPOSITIVO DE SUMINISTRO**

Flujo de oxígeno: \_\_\_\_\_ LTS/Min.

Cant. de Hs. / Días: \_\_\_\_\_ HS/Día.

- 
- BIGOTERA
- 
- 
- CÁNULA
- 
- 
- MASCARA NASAL
- 
- 
- MASCARA BUCONASAL

**FUENTE DE OXÍGENO (Marcar con una X)**

- |  |  |                  |
|--|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> TUBO FIJO                           | <input type="checkbox"/> CONCENTRADOR            |                  |
| <input type="checkbox"/> TUBO PORTÁTIL                       | <input type="checkbox"/> NEBULIZADOR / ASPIRADOR |                  |
| <input type="checkbox"/> MOCHILA DE OXÍGENO (con reservorio) |  |                  |
| <input type="checkbox"/> CPAC                                | Valor CPAC (CMH) _____                           | Termohumificador |
| <input type="checkbox"/> AUTO-CPAC                           | Pres. Min: _____ Pres. Max. _____                | Termohumificador |
| <input type="checkbox"/> BPAP                                | Valor CPAC (CMH) _____                           | Termohumificador |
| <input type="checkbox"/> BPAP                                | REP: _____ PIP: _____ FR: _____                  | Termohumificador |
| <input type="checkbox"/> C/Fre. De Back Up                   |  |                  |
| <input type="checkbox"/> RESPIRADOR MECÁNICO                 |  | Termohumificador |

