



OBRA SOCIAL DE PETROLEROS PRIVADOS

OS.PE.PRI

Resolución SSSALUD. N°:713/08

RNOS N°: 1-2790-1

FORMULARIO DE SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

RESULTADOS DE OXIMETRIA

ESTUDIOS

Gases en sangre

PH

PO₂

PCO₂

SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN

Oxígeno comprimido m³

Oxígeno líquido (Freelox con mochila)

Concentrador de Oxígeno (Con tubo auxiliar)

Flujo (Lt/min)

LABORATORIO

ESPIROMETRÍA

CPAP (Autoset) 8,8 cm H₂O BIPAP

PRIMERA SOLICITUD: SI 3 MESES
NO

HORAS POR DÍA

PROVISIÓN MENSUAL

PERIODO DE ADMINISTRACION: Nocturno
 Permanente

MASCARA:

PRORROGA: SI 6 MESES
NO 12 MESES

Firma y Aclaración Médico Solicitante

Auditor