

SOLICITUD DE OXÍGENO DOMICILIARIO

Oxígeno Patagónico S.A. -Maipú 1097 – 9400 Río Gallegos
Santa Cruz, Argentina - Tel/Fax: 2966 420055 -oxigeno@infovia.com.ar

Orden de provisión _____ Fecha: _____

Nombre y apellido: _____

Número de afiliación / DNI: _____

Domicilio y localidad: _____

Teléfono: _____

Diagnóstico _____

Fuente de oxígeno

Capacidad del tubo _____

Cilindro portátil

1 mts _____

Mochila _____

Carro _____

Cilindro domiciliario

6 mts _____

10 mts _____

Posee concentrador

Sí / No

Cantidad autorizada por mes

Portátil _____

Adulto _____

Flujo de oxígeno LTS/MIN

Domiciliario _____

Pediátrico _____

Flujo de oxígeno LTS/MIN

1 _____ 1.5 _____

2 _____ 2.5 _____

3 _____ 3.5 _____

4 _____ 5 _____

10 _____ 15 _____

0.25 _____ 0.50 _____

0.85 _____ 1 _____

0.85 _____ 1 _____

Máscara _____

Cantidad de horas por día _____

Bigotera _____

Médico Prescriptor
Firma y aclaración

Importante Solicitamos a pacientes y familias informar el cese del servicio a través del correo auditoriamedica2021@gmail.com