

ORDEN DE PROVISION

FECHA:/...../.....

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido:

Nº DNI: Nº Afiliado:

Dirección: Nº: DPTO: Piso:

Localidad: Teléfono:

Diagnostico medico:
.....

FUENTE DE OXIGENO

CONCENTRADOR FIJO C.S.S: SI NO

CILINDRO DOMICILIARIO: 6 mts3 10 mts3

CILINDRO PORTATIL: 1 mts3 MOCHILA CARRO

PRESCRIPCION

ADULTO PEDIATRICO

FLUJO DE OXIGENO: lts /min.

CANULA NASAL: MASCARA:

CANTIDAD DE HORAS POR DIA:HS

CANTIDAD MAXIMA AUTORIZADA MENSUAL (campo obligatorio) M3

A completar por C.S.S

| | |
|--|--------------------|
| CILINDRO DOMICILIARIO: Cargas/mes Patagónico CILINDRO PORTATIL: Cargas/mes | A completar por O. |
|--|--------------------|

.....
Firma Medico Prescriptor

.....
Firma Auditoria Medica
Obra social

