

Concentrador - Mochila - Equipo de O2 Líquido - Tubos

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido			
Domicilio en el que reside actualmente		Localidad	
Provincia	Celular	Teléfono Fijo o alternativo	
E- mail		Nº de DNI	CUIL Nº
Edad	Estado civil	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento

Tipo de vivienda

<input type="checkbox"/> Casa en PB	<input type="checkbox"/> Casa de 2 plantas	<input type="checkbox"/> Edificio	<input type="checkbox"/> Casilla
<input type="checkbox"/> Zona Urbana	<input type="checkbox"/> Zona suburbana	<input type="checkbox"/> Zona rural	<input type="checkbox"/> Precario

Tipo de alimentación eléctrica

<input type="checkbox"/> 220 V con medidor	<input type="checkbox"/> 220 V sin medidor	<input type="checkbox"/> Por generador	<input type="checkbox"/> Otras
--	--	--	--------------------------------

Diagnóstico

Tratamiento

Datos complementarios

	SI	NO	
Estabilidad clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad por día _____
Hipertensión pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cor pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliglobulia secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disnea de esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deambula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deambula con salidas ocasionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia semanal _____
Actividad conservada (trabajo, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar _____

Resumen de Historia Clínica

Otros _____

Fuente de oxígeno adecuada _____

Fuente de oxígeno alternativa _____

Horas de uso	Flujo/minuto	Humidificador
_____	_____	_____

Período estimado de tratamiento _____

Observaciones _____

Firma y sello
Especialista en Neumonología

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS: Espirometría - 2. Gasometrías con 2 semanas como mínimo de diferencia en períodos de estabilidad para comienzo de la provisión (para renovación 1 gasometría). RX de tórax – Prueba de la marcha de los 6 minutos cuando esté indicado (PO2 mayor o igual a 60 mm de Hg.)
LOS DATOS DEBERÁN SER AVALADOS POR LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES CARECIENDO DE VÁLIDEZ SIN ELLOS.

DATOS

El afiliado se compromete a mantener actualizados:

- Domicilio real donde recibe el servicio de cobertura
- Email para recibir las notificaciones de las providencias relacionadas con la cobertura solicitada.
- Teléfono personal y/o de responsable a cargo del afiliado

MUDANZA

-El prestador será el único autorizado para la mudanza del/los equipos al nuevo domicilio.

RENOVACIÓN DE COBERTURA

- En caso de que afiliado no realice el trámite de renovación, se continuará otorgando el servicio los primeros seis meses con coseguro del 30% hasta tanto realice el trámite de renovación.
- Pasado el tiempo estipulado en el punto anterior sin realizar el trámite de renovación, el coseguro pasará a ser del 50%.

FINALIZACIÓN DE SERVICIO

- El afiliado y/o persona responsable deberá informar a IOSPER al correo electrónico **prestaciones.especiales@iosper.gov.ar** o mediante una nota, en cualquier Delegación y en la empresa proveedora los motivos de finalización de las prestaciones de oxigenoterapia. Debiendo proceder a la devolución del equipamiento a la empresa proveedora en un plazo de 72 h.
- Además, queda debidamente informado que la empresa proveedora se reserva las facultades de iniciar acciones y/o medidas legales para el recupero del equipamiento otorgado en el marco del servicio autorizado.

PRESTACIÓN DE CONFORMIDAD

Firma del afiliado,
aclaración y DNI