

Datos del afiliado titular (Concentrador - Mochila - Equipo de O2 líquido - Tubos)

Apellido y Nombre:		Edad	Fecha de nacimiento
D.N.I	C.U.I.L.	Estado civil	Celular
Domicilio			
Localidad		E- mail	

Tipo de vivienda

☐ Casa en PB	☐ Casa de 2 plantas	☐ Edificio	☐ Casilla
☐ Zona Urbana	☐ Zona suburbana	☐ Zona rural	☐ Precario

Tipo de alimentación eléctrica

☐ 220 V con medidor	☐ 220 V sin medidor	☐ Por generador	☐ Otras
--	--	--	--------------------------------

Diagnóstico
Tratamiento

Datos complementarios

Estabilidad clínica ☐ SI ☐ NO	Tabaquismo ☐ SI ☐ NO cantidad por día:
Hipertensión pulmonar ☐ SI ☐ NO	Cor pulmonar ☐ SI ☐ NO
Poliglobulia secundaria ☐ SI ☐ NO	Disnea de esfuerzo ☐ SI ☐ NO Deambula ☐ SI ☐ NO
Deambula con salidas ocasionales ☐ SI ☐ NO	Frecuencia semanal:
Actividad conservada (trabajo, etc) ☐ SI ☐ NO	Especificar

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.

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 del Especialista en Neumonología

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.

Firma del afiliado, aclaración y DNI

PRESTACIÓN DE CONFORMIDAD