

## HISTORIA CLÍNICA PARA ACTUALIZACIÓN DE TERAPIA

Fecha
Apellido y nombres *
Edad *
N° de afiliado
Sexo *

### Historia clínica\*


### Equipos a renovar \*


### En caso de modificación en la terapia (flujo, presión, máscara), indicarlo a continuación


--

Firma y sello del médico solicitante \* (Neumonólogo especialista en vías respiratorias). Teléfono de contacto

### (\*) Datos obligatorios

RECUERDE: SE DEBEN PRESENTAR ESTUDIOS ACTUALIZADOS EN CASO DE HABER SIDO SOLICITADOS CON ANTERIORIDAD.