

SOLICITUD DE ASISTENCIA VENTILATORIA**/ CPAP- BPAP- Respirador- Oxímetro de pulso- Monitores de apnea /*****Datos obligatorios/**

Fecha: _____

Apellido y Nombres*: _____ Edad*: _____

N° de afiliado*: _____ Sexo*: _____

Teléfono*: _____ Teléfono alternativo*: _____

Dirección*: _____ Localidad*: _____

Correo electrónico: _____

Empresa de Emergencia y Urgencia Médica*: _____ Socio N°: _____

Teléfono ante la emergencia*: _____

***Tipo de vivienda/**

- ☐ Casa en PB ☐ Casa de dos plantas ☐ Edificio de departamentos ☐ Casilla
☐ Zona urbana ☐ Zona sub urbana ☐ Zona rural ☐ Barrio de emergencia

***Tipo de alimentación eléctrica de su vivienda/**

- ☐ Energía eléctrica 220 W con medidor ☐ Energía eléctrica sin medidor ☐ Por generador ☐ Sin energía eléctrica

Observaciones: _____

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

CPAP*: _____

Valor de EPAP*: _____ Rampa*: Si ☐ No ☐ Tiempo*: _____

BiPAP*: _____

Valor de EPAP*: _____ Valor de IPAP*: _____

Frecuencia de back-up*: Si ☐ No ☐ Rampa*: Si ☐ No ☐ Tiempo*: _____Máscara siliconada Especial ☐ Tipo: _____ Motivo: _____