

Para ser completado por el afiliado

Datos personales del afiliado titular

Apellido Nombres
 D.N.I./N° de afiliado

Datos personales del paciente

Apellido Nombres
 D.N.I./N° de afiliado
 Fecha de Nacimiento Edad Sexo M F X
 Domicilio N° Piso Dto.
 Localidad Código Postal
 Teléfono fijo celular
 Correo electrónico

Para ser completado por el Médico Tratante

Información del paciente

Peso Talla IMC
 Diagnóstico principal
 Enfermedades asociadas/ Comorbilidades
 Historia clínica que justifique el tratamiento

Se moviliza por sus propios medios Manejo conductual del SAHOS
 Está en forma permanente en cama En internación domiciliaria
 Realiza actividades fuera de su domicilio Tiene atención médica periódica

Solicitud de equipo por:

Inicio de tratamiento (Adjuntar informe polisomnografía/poligrafía e informe ORL si corresponde)
 1era renovación (6 meses) (Adjuntar informe tasa de uso últimos 90 días como mínimo)
 Renovaciones subsiguientes (anual) (Adjuntar informe tasa de uso últimos 90 días como mínimo)

Equipo solicitado

CPAP
 BIPAP
 OTRO (especificar)

Indicaciones de uso

IPAP EPAP Horas de uso diarias Uso simultaneo de oxígeno si no
 El paciente cumple los requisitos para recibir ventilación no invasiva Recibió entrenamiento completo

Firma y sello del Médico Tratante

N° de Teléfono/celular

fecha