

La siguiente solicitud deberá ser completada por el profesional médico con la máxima precisión posible.  
Será necesario, además, que realice los informes periódicos solicitados para la renovación del tratamiento.

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ N° de beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

¿Es la primera vez que solicita provisión de Oxigenoterapia Domiciliaria? Sí  No  Fecha de pedido:    /    /

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA**

**1. Resumen de Historia Clínica** donde conste: diagnóstico, estabilidad clínica, ausencia de interurrencias agudas, tabaquismo actual o previo. Tratamiento medicamentoso actual (detallar). Enfermedades asociadas (detallar).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. Estudios complementarios (adjuntar informes).**

- A. Dos determinaciones de gasometría arterial (separadas entre sí por 30 días) y en situación de estabilidad clínica.
- B. Hemograma
- C. Espirometría
- D. Informes de estudios de imágenes (Rx de tórax o TAC)
- E. Otros (acorde al diagnóstico)

**INDICACIÓN**

Tipo de equipo requerido:  concentrador     Tubo     Concentrador portátil     Freelox con mochila

Indicación de flujo requerido en Lts/min ..... Horas de uso por día: .....

Observaciones o equipos adicionales: .....

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA  
EN NEUMONOLOGÍA O CLÍNICA MÉDICA

\_\_\_\_\_  
EMAIL PERSONAL DEL PROFESIONAL

Por la presente, yo ..... DNI ..... Socio N° .....

dejo constancia de que el Dr/a ..... me ha informado que debo realizar tratamiento de .....

El/la Doctor/a me ha explicado y yo he comprendido el diagnóstico, la naturaleza y el propósito del tratamiento, sus riesgos y consecuencias y la posibilidad de éxito; me ha anticipado también las probables consecuencias en caso de no recibirlo o no realizarlo en la forma indicada.

Una vez autorizada la prestación, me comprometo a enviar a Jerárquicos Salud el pedido de las prórrogas subsiguientes completando la planilla de Solicitud de Provisión de Oxigenoterapia Domiciliaria- Prórroga, según modalidad operativa publicada en la Web de Jerárquicos.

Entiendo y accedo a que, ante la falta de solicitud de autorización de las prórrogas, se me genere un coseguro del 50% del valor de la prestación. Y que a partir del sexto mes de no solicitar la autorización de la prórroga, el coseguro será del 100% del valor.

Me comprometo a comunicar a nuestra administración con una anticipación de 7 días hábiles cualquier cambio de domicilio a fin de asegurar la continuidad del servicio o el retiro del equipamiento si correspondiera.

Cabe aclarar que la recepción de este documento firmado tiene validez legal considerándose informado y conforme con los términos y condiciones de prestación del servicio solicitado, siendo respaldo suficiente para el cobro de coseguros en caso de corresponder.

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Domicilio (Calle, Localidad, Prov. C.P):

\_\_\_\_\_  
Teléfonos Actualizados (fijo y cel.)

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico de contacto para la prestación:

**El proveedor del servicio se contactará para coordinar la provisión del mismo una vez que hayas leído, aceptado y devuelto firmado este documento.** Al momento del suministro deberás entregar a la empresa proveedora la orden médica original y la autorización correspondiente al inicio del servicio.

**Datos de contacto de proveedor**

CENTRO VITAL AIRE (Air Liquide).

0800-122-1022

atencion.VITALAIRE@airliquide.com

Horario: lunes a viernes de 08:00 a 18:00 hs. y sábados de 08:00 a 13:00 hs.

En caso de que este proveedor no brinde servicios en tu localidad,

se te informarán los datos de la empresa proveedora.