

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 asistencia ventilatoria domiciliaria? Sí  No  Fecha de pedido:    /    /

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA**

## 1. Resumen de Historia Clínica

Peso: ..... Talla: ..... IMC: ..... Diagnóstico: .....

Ingesta de alcohol: ..... Tabaquismo: ..... Benzodiacepinas: ..... Comorbilidades: .....

2. Adjuntar informe de Polisomnografía.

3. Adjuntar informe de Calibración.

4. Conformidad del paciente para realizar el tratamiento expresado con la firma debajo de este documento.

**EQUIPO SOLICITADO**

C PAP  B PAP

C PAP= PRESIÓN: ..... cm H2O

B PAP= IPAP: ..... cm H2O

F. RESP: ..... /min

Características especiales:

Humificador: Sí  No

Rampa de inicio: 5 / 10 / 20 min

EPAP: ..... cm H2O

Rampa de inicios: 5 / 10 / 20 min

Tipo de máscara solicitada (JS reconoce al 100% la máscara nasal Meridian o costo equivalente):

\_\_\_\_\_  
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. En este punto, Jerárquicos podrá aplicar coseguros en aquellos casos en los que el tratamiento no se realice regularmente; esta información será brindada por una tecnología de seguimiento y adaptación que viene junto al equipo con el fin de acompañarte en tu terapia de asistencia ventilatoria.

Una vez autorizada la prestación, me comprometo a enviar a Jerárquicos Salud el pedido de las prórrogas subsiguientes completando la planilla de Provisión de Asistencia Ventilatoria Domiciliaria – prórroga, según la modalidad operativa publicada en la Web de Jerárquicos.

Entiendo y accedo a que, ante la falta de solicitud de autorización de las prórrogas semestrales, 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.