

ANEXO VIII**PLANILLA DE CONTROL EPIDEMIOLOGICO DEL AFILIADO**
Asistencia Ventilatoria

Apellido y Nombres

Número de Afiliado

--	--

Teléfono

Teléfono alternativo

--	--

Dirección

Localidad

Correo Electrónico

--	--	--

1) ¿Cuántas horas diarias usa el equipo de asistencia ventilatoria?

--

2) ¿Cuántas horas nocturnas?

--

3) ¿Deambula con el equipo? ¿En qué ocasiones? ¿Durante cuánto tiempo?

4) ¿A qué flujo o presión realiza el tratamiento?

--

5) ¿Tiene alguna dificultad para realizar el tratamiento?

6) ¿Qué beneficios considera Ud. que le aporta el tratamiento con equipo de ventilación mecánica?

7) ¿Está conforme con los servicios brindados por la casa proveedora?

Observaciones

Firma y Aclaración

Observación: la presente planilla debe ser enviada junto con historia clínica actualizada por especialista en Neumonología, Medicina Respiratoria o Vías Aereas y gasometría actualizada.