

**ANEXO VII****PLANILLA DE CONTROL EPIDEMIOLOGICO DEL AFILIADO (Oxigenoterapia)**

<b>Apellido y Nombres</b>	<b>Número de Afiliado</b>

<b>Teléfono</b>	<b>Teléfono alternativo</b>

<b>Dirección</b>	<b>Localidad</b>	<b>Correo Electrónico</b>

**1) ¿Cuántas horas diarias usa oxígeno?**

--

**2) ¿Cuántas horas nocturnas?**

--

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


**4) ¿A qué flujo de oxígeno realiza el tratamiento?**

--

**5) ¿Tiene alguna dificultad para realizar el tratamiento?**


**6) ¿Qué beneficios considera Ud. que le aporta la oxigenoterapia?**


**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.