



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur



ORDEN DE PROVISIÓN N° / _____

Fecha...../...../.....-

Afiliado OSPTF N°-

DATOS DEL PACIENTE

Beneficiario.....

Domicilio.....

Teléfono.....Localidad.....

FUENTE DE OXÍGENO

Cantidad de Tubos.....por mes.-

Concentrador..... + Tubo de oxígeno por cortes de luz.-

EQUIPO DE OXÍGENO LÍQUIDO CON MOCHILA.

Equipo C-PAP.....CM H2O.....Presión.....

Equipo B-PAP.....PEP.....PIP.....FR RESP.....

Asistencia Respiratoria mecánica.....

DISPOSITIVO DE SUMINISTRO

Bigotera.....Máscara.....Cánula Trans. Traqueal.....

DATOS MÉDICOS

Diagnóstico.....

Flujo de Oxígeno.....Lts./min.

Cantidad/ horas/ días.....-

Fecha de Alta.....Fecha de Baja.....-

Médico Prescriptor.....-

.....
Firma Médico Auditor de OSPTF