

Control Epidemiológico del Afiliado ASISTENCIA VENTILATORIA

Apellido y Nombres: _____ N° de afiliado: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Correo electrónico: _____

1 - Horas diarias de uso del equipo de asistencia ventilatoria: _____

2- Horas nocturnas de uso del equipo: _____

3 - Deambula con el equipo? SI NO

Ocasiones: _____

Tiempo: _____

4 -Flujo o presión con que realiza el tratamiento: _____

5 -¿ Tiene alguna dificultad para realizar el tratamiento? _____

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

7- ¿Está conforme con los servicios de la casa proveedora? SI NO

¿Desearía cambiarla? _____

Observaciones: _____

Firma del afiliado