



Ministerio de Salud

Formulario Nº 2
Registro De Visita Domiciliaria Por Equipo APS
Programa Nacional de Oxigeno Ambulatorio

Fecha: Día _____ Mes _____ 20__

Nombre _____ Rut _____ Previsión: Fonasa ____

Domicilio _____ Pobl./Villa _____

Teléfonos: _____ Comuna _____ Región Metropolitana.

Consultorio: _____ Hospital de Ingreso: Complejo Hospitalario San José.

Nombre tutor responsable _____ RUT: _____

Parentesco: _____ Vive con el paciente: _____

¿ Cumple requisitos?: Contestar Sí ó No

Vivienda con acceso vehicular : _____

Zona de Ubicación: Urbana _____ Rural _____ **Dificultad de acceso:** _____

Suministro eléctrico : _____

¿Tipo de Vivienda permite la instalación de oxígeno? : _____

¿La habitación del paciente permite acceso expedito al equipo de oxígeno? : _____

Vive en Primer piso _____ Segundo piso ó más _____ Dispone de Ascensor _____

¿Las condiciones del piso de la habitación son adecuadas para la instalación de oxígeno? : _____

Tierra _____ Cemento ó baldosa _____ Madera _____

¿Existe espacio físico suficiente para instalar equipo de oxígeno? : _____

En caso de uso (actual o a futuro) de concentrador: Instalación eléctrica segura _____ Colgado _____ No tiene _____

Observaciones _____

Enchufes habitación en buen estado _____

¿Existe un Tutor adecuado? : _____

CONCLUSIÓN (De acuerdo a la evaluación)

¿Es posible la instalación segura de un sistema de oxigenoterapia en el domicilio? : _____

¿Es posible el uso de un concentrador?: _____

Nombre de Profesional de APS : _____ RUT _____

Profesión: _____