



Ministerio de Salud

FORMULARIO N° 1 (INGRESO PROGRAMA OXIGENO AMBULATORIO NIÑOS)

Datos de Ingreso

Servicio Salud: _____

Hospital: _____

Fecha: _____

Datos Personales del Paciente

Nombre Completo: _____

Rut: _____

Dirección: _____

Villa o Población: _____

Comuna: _____ Ciudad: _____ Región: _____

Teléfono: _____

Previsión: _____

Nombre del Responsable del Paciente: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Consultorio: _____

Antecedentes Perinatales

Fecha de Nacimiento: _____

Peso de Nacimiento (gramos): _____

Edad Gestacional (semanas): _____

Apgar: 1' ____ 5' ____

Sexo: _____

Dosis Surfactante: _____

Condición al Ingreso

Edad Cronológica (meses): _____

Estado Nutricional (O/S/E/R/D): _____

Desarrollo Sicomotor: _____

Consumo de O2 (litros por minuto): _____

Uso (permanente/parcial): _____

Sistema Administración (O2 gaseoso/líquido/concentrador): _____

Tratamiento Indicado (continuo/nocturno/diurno): _____

Diagnóstico

1. Enfermedad Pulmonar Crónica Post Viral _____

2. Displasia Broncopulmonar _____

3. Fibrosis Quística _____

4. Malformaciones Cardiopulmonares _____

5. Secuela Neumonía Aspirativa post Daño Neurológico _____

6. Otra. Especificar: _____

Antecedentes Generales

Ventilación Mecánica (días): _____

N° de Hospitalizaciones: _____

Días con O2: _____

Médico Encargado Programa

Médico Solicitante/Tratante