

Datos personales

Apellido y Nombre:			Nº Afiliado:
Edad:	Sexo:	Domicilio:	Teléfono:

<p>Equipo a retirar:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>1- Oxigenoterapia</p> <p>Concentrador <input type="checkbox"/></p> <p>Concentrador portátil <input type="checkbox"/></p> <p>Reservorio <input type="checkbox"/></p> <p>Tubo <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>2- VNI</p> <p>CPAP <input type="checkbox"/></p> <p>Auto CPAP <input type="checkbox"/></p> <p>BIPAP <input type="checkbox"/></p> <p>BIPAP con frecuencia <input type="checkbox"/></p> <p>Humidificador <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p>1- Oxigenoterapia</p> <p>Concentrador <input type="checkbox"/></p> <p>Concentrador portátil <input type="checkbox"/></p> <p>Reservorio <input type="checkbox"/></p> <p>Tubo <input type="checkbox"/></p>	<p>2- VNI</p> <p>CPAP <input type="checkbox"/></p> <p>Auto CPAP <input type="checkbox"/></p> <p>BIPAP <input type="checkbox"/></p> <p>BIPAP con frecuencia <input type="checkbox"/></p> <p>Humidificador <input type="checkbox"/></p>	<p>Motivo del retiro:</p> <p>Voluntaria <input type="checkbox"/></p> <p>óbito <input type="checkbox"/></p> <p>Pedido Médico <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p>
<p>1- Oxigenoterapia</p> <p>Concentrador <input type="checkbox"/></p> <p>Concentrador portátil <input type="checkbox"/></p> <p>Reservorio <input type="checkbox"/></p> <p>Tubo <input type="checkbox"/></p>	<p>2- VNI</p> <p>CPAP <input type="checkbox"/></p> <p>Auto CPAP <input type="checkbox"/></p> <p>BIPAP <input type="checkbox"/></p> <p>BIPAP con frecuencia <input type="checkbox"/></p> <p>Humidificador <input type="checkbox"/></p>		

Equipo a cambiar:	Retira:	Entrega:
Concentrador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentrador portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reservorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tubo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIPAP con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humidificador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de solicitud y/o retiro:/...../.....

.....

Firma del paciente, familiar y/o responsable	Aclaración	DNI	Teléfono
---	------------	-----	----------