

## Provisión de C-PAP / B-PAP

### Documentación a presentar en OSIM:

- **Pedido Médico** (original) de C PAP o B PAP indicando diagnóstico, tiempo de uso y detalle de tipo de máscara (nasal o buco-nasal)
- **Formulario de Consentimiento Informado** (original) ver formulario adjunto.
- **Resumen de Historia Clínica** tipo 2 completo (original / ver formulario adjunto) Indicando datos del paciente, evolución de patología, tratamientos anteriores y estado actual.
- **Resultado de la Polisomnografía** (copia)
- **Formulario de Proyección Anual** (ver formulario adjunto)

Se adjuntan los siguientes formularios:

- Consentimiento Informado
- Resumen de Historia Clínica tipo 2
- Formulario de Proyección Anual B PAP-C PAP

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: ..... de ..... de .....

Yo ....., con DNI N° ....., he sido informado de la necesidad de ser sometido a ....., por padecer (explicar en qué consiste el procedimiento propuesto y cómo se lleva a cabo) .....

Asimismo, me han sido explicado los beneficios razonables del tratamiento propuesto, los cuales consistirían en: .....

Del mismo modo, se me han explicado todas las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el tratamiento propuesto, que podrían consistir en: .....

como así también, que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Finalmente, se me han informado las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que pueden producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas a seguir, que podrían consistir en: .....

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/ medicamento.....

o para la realización del procedimiento / práctica denominada: .....

Firma del paciente: ..... Aclaración de firma: .....

En caso de incapacidad del paciente:

Firma representante legal / tutor: .....

Aclaración de firma: ..... N° de DNI .....

Carácter: .....

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento / tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar todas las preguntas formuladas por el paciente, por lo que entiendo que el / la Sr. / Sra. .... ha comprendido la totalidad de lo explicado.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 2 (Prótesis - Cirugía - Ortopedia)

Lugar y Fecha: .....

Nº de Documento: .....

Nombre y Apellido: .....

Antecedentes de enfermedad actual y diagnóstico:

.....  
.....  
.....

Cómo y cuándo se produjo la lesión:

.....  
.....  
.....

Estudios complementarios:

.....  
.....  
.....

Tratamientos anteriores:

.....  
.....  
.....  
.....

Tecnología y/o práctica solicitada:

.....  
.....  
.....

Altura: ..... Peso: ..... Superficie corporal: .....

Estado actual del paciente:

.....  
.....  
.....

.....  
Firma y Sello del Médico

**PROYECCION ANUAL BPAP - CPAP**

Periodo: ..... (mes) a ..... (mes) de ..... (año)

**A COMPLETAR POR EL AFILIADO**

Nombre y Apellido: ..... N° Documento: ..... Red Prestacional: .....  
 Domicilio de Entrega: .....

**DATOS DEL MEDICO TRATANTE**

Nombre y Apellido: ..... Especialidad: ..... Matrícula N° .....  
 Teléfono: ..... Celular: ..... E-mail: .....

**Diagnóstico del paciente:** .....

Para ser COMPLETADO por el MEDICO TRATANTE				A cargo de OSIM	
Producto	Presentación (Codificación, Tamaño, Talle)	Cant. Diaria	Cant. Mensual	SI / NO	%
		---	---		
		---	---		
		---	---		
		---	---		
		---	---		
				Firma y Sello Dpto. P. Médicas .....	

Fecha: ..... Firmay Sello Medico Tratante: .....