

SERVICIO:

**SOLICITUD DE OXIGENOTERAPIA PARA DESPLAZAMIENTO TEMPORAL**

---

**Datos del paciente:**

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

Nº historia clínica \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

Dirección del desplazamiento (especificar calle, número, población y Comunidad Autónoma) y teléfono de contacto:

\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Fechas en las que necesita la instalación:**

Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Modalidad:** Bala

Concentrador

Líquido

**Flujo:** L/m

Nº de horas día:

**Motivo:** Vacaciones

Otro motivo \_\_\_\_\_

<p>Firmado:</p>    <p>Sello Cias</p>	<p>Fecha:</p>    <p>Getafe, ____ / ____ / ____</p>
--	--