



Desde 1952

*Cooperativa La Altagracia, Inc.*

# **REGLAMENTO DE USO TANQUES DE OXIGENO GS-R-21-P**

## Contenido

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| INTRODUCCIÓN.....                 | 3 |
| OBJETIVO.....                     | 3 |
| ALCANCE .....                     | 3 |
| RESOLUCIÓN .....                  | 3 |
| RESPONSABLES .....                | 4 |
| UBICACIÓN DEL DOCUMENTO .....     | 4 |
| CONTENIDO.....                    | 5 |
| CICLO DE VIDA DEL DOCUMENTO ..... | 7 |
| REFERENCIAS.....                  | 7 |
| ANEXOS .....                      | 7 |
| MARCO LEGAL.....                  | 8 |
| CONTROL DE CAMBIOS.....           | 8 |

## **INTRODUCCIÓN**

Desde hace más de una década, en la Gerencia de Gestión Social hemos venido trabajando temas relativos a la salud, además de contar con la comisión llamada en ese entonces Comisión de VIH, que a partir del 2019 pasó a llamarse “**Comisión de Salud Comunitaria**”, con la finalidad de abarcar temas de la salud en las comunidades que mantenemos presencia y realizamos actividades sociales. Desde la época hemos ampliado las acciones preventivas de salud.

A la oficina de Gestión Social se acercan personas solicitando ayuda para gestionar tanques de oxígenos y otros equipos médicos para uso propio o de algún familiar, debido al alto costo que implica la adquisición de los mismos para uso particular o doméstico.

En vista de la necesidad expresada por asociados nuestros, nos embarcamos en la elaboración de una propuesta para adquirir tanques de oxígeno y tenerlos a disposición de los miembros de nuestra gran familia de Cooperativa La Altagracia.

## **OBJETIVO**

Contribuir con los asociados de Cooperativa La Altagracia a aligerar situaciones de salud que se les presenten, en este caso con problemas pulmonares.

Disponer de tanques de oxígeno para ofrecer a los asociados, a modo de préstamo por tiempo específico, de acuerdo a la condición del paciente.

## **ALCANCE**

Este reglamento aplica para todos los socios de Cooperativa La Altagracia, Inc., que cumplan con los requisitos establecidos.

## **RESOLUCIÓN**

Acta No.36/2022-2023, Resolución No.18

## **RESPONSABLES**

El manejo de estos equipos estaría bajo la responsabilidad de Gestión Social y los miembros de la Comisión de Salud Comunitaria quienes darían seguimiento a los tanques cuando se faciliten al asociado.

## **UBICACIÓN DEL DOCUMENTO**

Base documental de CLA.

## CONTENIDO

Tras ser diagnosticado con enfermedades graves, como neumonía, insuficiencia cardíaca o un ataque de enfermedad pulmonar puede ser difícil respirar después y llegar a necesitar asistencia para hacerlo de manera adecuada. Es posible que el paciente siga necesitando oxígeno adicional después de salir del centro hospitalario, porque no les llega suficiente oxígeno a los pulmones y al cerebro, así como a otras partes del cuerpo.

Acciones preventivas como estas, pueden ayudar a prevenir la muerte de las personas.

Los tanques de oxígeno, por no tener un uso continuo en mucho de los casos, no es factible que la persona lo compre y por ello, opta por alquilarlo, el precio promedio en el mercado del alquiler del tanque cuesta RD\$3,000.00 mensual, no siempre es fácil de ubicar proveedores y las familias tienen que invertir en la

Compra del oxígeno que es independiente al tanque, el costo de llenado va a depender del tamaño del tanque y la cantidad indicada al paciente por el profesional de la salud.

Con programas como estos buscamos ayudar a aliviar situaciones familiares, relativas a urgencias médicas de este tipo, que en ocasiones son desesperantes por la condición en que se encuentra el paciente y la falta de recursos económicos.

Este tipo de aportes a la comunidad, es muestra de que estamos enfocados en el cumplimiento del Principio 7 del cooperativismo "**Compromiso con la Comunidad**" y el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) No. 3 sobre "**Salud y Bienestar**"

### Requisitos:

- Ser socio de Cooperativa La Altagracia
- Tener indicación médica para uso de tanque de oxígeno.
- Copia de la cédula del paciente y de la persona responsable (solicitante).
- Copia libreta

**Derechos:**




- Uso de tanque sin costo.
- Usar el tanque asignado por 30 días.
- Hacer nueva petición de uso, en caso de ser necesario.

**Deberes:**

- El solicitante debe retirar el tanque en Gestión Social y devolverlo en óptimas condiciones al mismo lugar.
- El solicitante debe gestionar el llenado del tanque.

Este reglamento establece la prohibición de préstamos de los tanques de oxígeno entre asociados o beneficiarios.

## CICLO DE VIDA DEL DOCUMENTO



| Elaboró   | Actualizó | Revisó   | Aprobó   |
|---|-----------|--|--|
| <br>Karen Vázquez A.A.A. S.J.R.<br>Comisión de Salud Comunitaria<br><br>Fecha: 13/10/2022 | N/A       | <br>Gerente General<br><br>Fecha: 31/10/2022 | <br>Comité Ejecutivo<br><br>Fecha: 01/11/2022 |

## REFERENCIAS

Resolución No. 1 del Acta No. 26/2022/2023 de fecha 2/09/2022, emitida por Comité Ejecutivo.

## ANEXOS

Formulario Solicitud de Tanques de Oxígeno

**Solicitud de Tanques de Oxígeno**

**Datos del Paciente**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Apodo: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_ \ \_\_\_ \ \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Código de Socio: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Distrito Cooperativo: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Poliza de Seguro: \_\_\_\_\_ No. De Afiliación: \_\_\_\_\_  
 Estatus: Soltero(a) \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_

**Datos Médicos**

Nombre del Doctor(a): \_\_\_\_\_ Exq: \_\_\_\_\_  
 Especialidad: \_\_\_\_\_  
 Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Patología(s) del paciente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Indicación del tanque de oxígeno: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datos del Responsable

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
# Cédula \_\_\_\_\_ Código de socio: \_\_\_\_\_ Balance RD\$: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Parentesco del paciente: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_  
Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma entrega

\_\_\_\_\_  
Firma recibe

Nota: Adjuntar indicación del médico

**MARCO LEGAL**

N/A

**CONTROL DE CAMBIOS**

Los cambios que presenta esta versión respecto a la versión anterior son los siguientes:

| Sección | Descripción del cambio | Fecha del cambio |
|---------|------------------------|------------------|
| XXXX    | XXXX                   | XXXX             |

“Se le recuerda al usuario de este documento que si no lo está consultando directamente de un espacio digital y oficial de la organización o no tiene la indicación de “Copia Controlada” podría estar consultando una versión desactualizada de este documento”.