

Se deja constancia que DNI/Cédula
Nº....., de Nacionalidad, se desempeña como...INDICAR
PUESTO....en el área de...INDICAR ÁREA cumpliendo un total de hs semanales, en -INDICAR
LUGAR DE TRABAJO-

Asimismo, se manifiesta que las actividades debajo consignadas, forman parte de las tareas
que realiza como profesional (Marcar las que correspondan)

Movilidad del paciente crítico

Monitoreo ventilatorio

Weaning de la ventilación mecánica

Manejo de interfaz paciente respirador

Manejo de la vía aérea artificial

Técnicas de higiene bronquial

Aspiración de secreciones

Cuidados posturales

Monitoreo avanzado de la ventilación mecánica a través de tomografía por impedancia
eléctrica y balón esofágico.

Evaluación de la musculatura respiratoria

Cuidados posturales

Entrenamiento muscular en unidad crítica

Evaluación y tratamiento de la disfagia

Ecografía pleuro pulmonar

Soporte ventilatorio no invasivo a través de cánula nasal de alto flujo y ventilación mecánica no
invasiva

Manejo de la oxigenoterapia

.....
Nombre y Apellido del jefe/a de unidad o coordinador/a de servicio con DNI/cédula, firma y
aclaración