

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Formulario para la cobertura de medicamentos anticonceptivos según receta adjunta



DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido Fecha Nac Sexo: Fem. Masc.

N° de Afiliado DNI/LC/LE Edad:

Domicilio Tel:

Provincia Localidad Mail:.....

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN. (Marcar con una X a la izquierda la/s causa/s de la indicación).

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> Amenorrea | <input type="checkbox"/> Polimenorrea |
| <input type="checkbox"/> Anemia de Causa Ginecológica | <input type="checkbox"/> Dismenorrea | <input type="checkbox"/> Oligomenorrea |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Poliquistosis Ovárica | <input type="checkbox"/> Quistes foliculares |
| <input type="checkbox"/> Otras | | |

.....

Se encuentra bajo tratamiento: SI NO Fecha inicio: / / 20.....

Duración aproximada del tratamiento:

ANTECEDENTES. (Marcar con una X a la izquierda la/s opción/es)

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> ACV | <input type="checkbox"/> Vasculopatías | <input type="checkbox"/> T de Mama |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Sobrepeso | <input type="checkbox"/> Ant. Familiares DBT | <input type="checkbox"/> Hepatopatías |
| <input type="checkbox"/> Coronariopatías | <input type="checkbox"/> TEP | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ant Familiares Ca Mama |

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido Teléfono

Domicilio

Horario de Consulta Teléfono Móvil

M.N° M.P° Mail:

.....

Firma/Sello Profesional

.....

Firma del Afiliado/Padre/Madre o Tutor

Fecha presentación: / / 20.....

Instrucciones de uso: Completar todos los datos en letra imprenta. El formulario debe estar firmado por el afiliado que realiza la presentación, si se tratase de un menor de edad, por el Padre / Madre o Tutor y debe adjuntar la prescripción médica del médico tratante. Este formulario en blanco puede ser fotocopiado.