

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Formulario para la cobertura de medicamentos anticonceptivos según receta adjunta



DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento: N° de Afiliado:

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

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Planificación Familiar | ☐ Amenorrea | ☐ Polimenorrea |
| ☐ Anemia de Causa Ginecológica | ☐ Dismenorrea | ☐ Oligomenorrea |
| ☐ Endometriosis | ☐ Poliquistosis Ovárica | ☐ Quistes foliculares |

☐ Otras
.....
.....

Se encuentra bajo tratamiento: ☐ SI ☐ NO

Fecha de inicio:

Duración aproximada del tratamiento:

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

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| ☐ Tabaquismo | ☐ ACV | ☐ Vasculopatías | ☐ T de Mama |
| ☐ Hipertensión Arterial | ☐ Sobrepeso | ☐ Ant. Familiares DBT | ☐ Hepatopatías |
| ☐ Coronariopatías | ☐ TEP | ☐ Diabetes | ☐ Ant Familiares Ca Mama |

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre:

Matrícula ☐ MN ☐ MP Número de Matrícula Provincia

Prestador de SCIS ☐ SI ☐ NO Número de Prestador

Si no es Prestador de SCIS, teléfono de contacto:

.....
Firma del Afiliado/Padre/Madre o Tutor

.....
Lugar y fecha de presentación

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.