



PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Formulario para la cobertura de medicamentos anticonceptivos según receta adjunta

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ N° de afiliado: _____

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN. (marcar el que corresponda)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> Amenorrea | <input type="checkbox"/> Polimenorrea |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <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 Cual?: _____
- No

Fecha de inicio: _____ Duración del tratamiento (estimado): _____

ANTECEDENTES

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| <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"/> Coronarias | <input type="checkbox"/> TEP | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ant. Fliar Ca. Mama |

Médico Tratante

Apellido y Nombre: _____

Matricula: MN/MP N°: _____ Provincia: _____

Lugar y fecha de presentación

Firma y aclaración del beneficiario

La información que se incluye en esta planilla tiene carácter de declaración jurada y será considerada confidencial por IMAGEN EN SALUD S.A y manejada bajo los principios de confidencialidad vigente.