



PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE

FORMULARIO PARA COBERTURA DE MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN RECETA ADJUNTA

DATOS DEL AFILIADO

AFILIADO N°	
APELLIDO	
NOMBRE	
DNI	
SEXO	
FECHA DE NACIMIENTO	
TELEFONO	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	

MOTIVO DE LA PRESCRIPCION

PLANIFICACION FAMILIAR		AMENORREA	
ANEMIA DE CAUSA GINECOLOGICA		DISMENORREA	
ENDOMETROSIS		POLIQUISTOSIS OVARICA	
OLIGOMENORREAS		POLIMENORREA	
QUISTES FOLICULARES		OTRAS- CUAL?	

ANTECEDENTES

TABAQUISMO		VASCULOPATIAS	
HIPERTENSION ARTERIAL		ANT FLIAR DE DBT	
CORONARIOPATIAS		DIABETES	
ACV		T DE MAMA	
SOBREPESO		HEPATOPATIAS	
TEP		ANT FLIAR CA MAMA	

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

FIRMA Y ACLARACION DEL AFILIADO, PADRE, MADRE O TUTOR

MEDICACION INDICADA

MEDICACION ALTERNATIVA (NOMBRE GENERICO)

AUDITORIA MEDICA CRISOLMED

FECHA DE INGRESO:/...../.....

VALIDEZ HASTA:/...../.....