



PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE FORMULARIO PARA LA COBERTURA DE MEDICAMENTO ANTICONCEPTIVO

Fecha de prescripción:/..... /.....

Fecha de presentación en INTEGRAL:/..... /.....

Datos del afiliado

Apellido y Nombre:.....

Afilado N°..... Plan:..... Edad:.....

Mail:.....

Tel. Particular:Tel.(part-laboral):.....

TRATAMIENTO ACTUAL (completar todos los datos)

Droga (Genérico)	Marca Comercial	Unidad Posológica	Comp./día	Tiempo prescripto en meses	Dictamen Audit.

Motivo de la prescripción

Marcar con una cruz

Planificación Familiar	<input type="checkbox"/>
Anemia de causa Ginecológica	<input type="checkbox"/>
Endometriosis	<input type="checkbox"/>
Amenorrea	<input type="checkbox"/>
Dismenorrea	<input type="checkbox"/>
Polisuitosis Ovarica	<input type="checkbox"/>
Polimenorrea	<input type="checkbox"/>
Oligomenorrea	<input type="checkbox"/>
Quistes Foliculares	<input type="checkbox"/>

Otras

Datos del Médico tratante:

Apellido y Nombre:.....

Institución que lo emite:.....

Numero de Matrícula

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

.....
FIRMA DEL AFILIADO

Instrucciones de uso: completar todos los datos en letra imprenta y legible. El mismo debe estar firmado por el afiliado. La recepción de la documentación no implica dictamen posterior positivo por parte de auditoría médica.