

FORMULARIO TERAPEÚTICO - ANTICONCEPTIVO

Confeccionado según las normas exigidas por la Resolución 310/04 y sus modificaciones dictadas por la S.S.S.

1- DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellido: _____

Edad: ___ Sexo: _____ DNI: _____

N° de Afiliado: _____ Plan: _____

2- INDIQUE ANTICONCEPTIVO:

3- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

(Métodos diagnósticos previos, tratamientos implementados resultado de Pap y Colpo)

4- TRATAMIENTO, MEDICACIÓN, DOSIS DIARIA, MENSUAL Y TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO

5- OTROS DATOS QUE CONSIDERE IMPORTANTE PARA EL ANTECEDENTES MÉDICOS

Firma del Afiliado

Firma y Sello del Médico

Autorización Obra Social: _____

