

FORMULARIO TERAPEÚTICO – ANTICONCEPTIVO

Confeccionado según las normas exigidas por la Resolución 310/04 y sus modificaciones dictadas por la S.S.S. **El prescriptor deberá ser especialista según patología.**

1- DATOS PERSONALES:

FECHA:

Nombre y Apellido: _____

Edad: ___ Sexo: _____ DNI: _____

Nº 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: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Sres. OSAPM:

Por medio de la presente doy mi conformidad para realizar el tratamiento médico/quirúrgico
propuesto:

Dejo constancia que mi médico tratante me ha informado sobre las precauciones, riesgos,
complicaciones que resulten del mismo. He comprendido lo explicado. Todas mis preguntas
fueron contestadas y he decido dar mi consentimiento.

Todos los datos deben estar completos.

Firma Paciente

Firma y Sello Médico

y/o Representante.....

.....

DNI:.....

Aclaración:.....