



FORMULARIO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA



DATOS DEL PACIENTE

RES.CONS.ADM.Nº 08/2013

Nº Afiliado/a. Tipo y Nro. de Doc. Edad.
 Apellido y Nombres: Género.

SE SOLICITA A LOS SRES. PROFESIONALES COMPLETAR EL FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

HISTORIAL (Diagnóstico):

.....

Presentó estudios de laboratorio: SI /NO (tachar lo que no corresponda)

PLAN TERAPÉUTICO

Tratamiento Tipo: Baja complejidad/ Alta complejidad (tachar lo que no corresponda) Nº de intento:

.....

Fecha de Inicio

Fecha de Fertilización Asistida

MEDICACIÓN ESQUEMÁTICA DEL TRATAMIENTO

Genérico	Presentación	Dosis	Frecuencia
1.			
2.			
3.			

TÉCNICA DE FERTILIZACIÓN

.....

TELÉFONO:

Firma del Médico Tratante

Sello del Médico Tratante

Dejamos por asentado nuestra conformidad al tratamiento indicado, como así también haber sidos instruidos por el profesional actuante sobre los riesgos del mismo.

TITULAR
Firma y Aclaración

CONYUGE y/o PAREJA
Firma y Aclaración

TELÉFONO:

IMPORTANTE: PRESENTAR EL MISMO, ADJUNTO A ÚLTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA SU EVALUACIÓN

AUDITORÍA MÉDICA D.A.S.U.Te.N. CENTRAL

.....

 Posee otra cobertura de salud?

Firma y Sello
Auditor Médico

Se autoriza:

SI

NO

Fecha:

/

/