

Lugar:.....

Fecha:.....

• Datos personales del Beneficiario (por favor completar en letra clara)

Apellido Nombre

Edad Género F M D.N.I. N° Fecha de Nacimiento

Dependencia de la UTN **Número de Beneficiario**

Domicilio Calle N° Piso Depto.

C. P. Barrio Localidad Provincia

Teléfono Email

Posee otra Cobertura Médica SI NO Cual AF N°

• Motivo de la Prescripción

Planificación Familiar Anemia de Causa Ginecológica Endometriosis Amenorrea Dismenorrea
 Poliquistosis Ovárica Quistes Foliculares Oligomenorrea Polimenorrea Otras

Se encuentra bajo tratamiento SI NO Fecha de Inicio Duración

• Antecedentes

Tabaquismo Hipertensión Arterial Coronariopatías ACV
 Sobrepeso TEP Vasculopatías Ant. Familiares DBT
 Diabetes T de Mama Hepatopatías Ant. Familiares CA Mama

Ha realizado los siguientes estudios en los últimos 3 años PAP Mamografía

• Prescripción

Duración aproximada de Tratamiento:

Genérico	Nombre Comercial	Presentación	Dosis Día	Dosis Mes
				Cajas
				Cajas

.....
Firma y sello del profesional tratante

.....
Firma del Beneficiario en conformidad

.....
Firma y sello del profesional Auditor Médico

N° de Celular: