

FORMULARIO ANTICONCEPCIÓN



Fecha de solicitud: _____

Apellido y nombre del afiliado _____

Nº de afiliado _____ DNI _____

Edad _____ Teléfono _____ E-mail _____

Tratamiento indicado			
Método	Principios Activos	Presentación	Reservado para Auditoría médica
Anticonceptivo oral			
Implante subdermico			
DIU cobre			
DIU Medicado *			

Reservado para HOMINIS

Nº de autorización: _____

Vencimiento: / / .

Estudios (con vigencia de acuerdo con recomendaciones de control)		
Estudio	Resultado	Fecha de realización
Papanicolau	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
Ecografía mamaria	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
Mamografía	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	

Observaciones

DIU* Diagnóstico justificativo de prescripción con documentación respaldatoria

Datos del médico tratante

Apellido y nombre _____

Matrícula _____ Especialidad _____

Teléfono de contacto _____ E-Mail _____

El presente formulario reviste calidad de declaración jurada y resulta condición necesaria su actualización anual para la autorización de la cobertura del programa.
La cobertura se efectiviza en farmacia mediante presentación de la receta vigente y el tope de retiro es de hasta 3 (tres) envases mensuales con un tope de 13 envases cada 12 meses.
La indicación de un método anticonceptivo implantable debe ser evaluada particularmente por Auditoría Médica mediante la presentación de la solicitud y documentación respaldatoria.
*Debe adjuntarse receta vigente para su validación.

Institución

Firma y sello médico