

# Solicitud tratamiento de fertilidad asistida

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

### DATOS DEL SOCIO TITULAR

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Nº de documento: \_\_\_\_\_

Nº de afiliado Hominis : \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FEMENINOS:

Edad: \_\_\_\_\_ Gestas: \_\_\_\_\_

Reseña Clínica:

---

---

---

### ANTECEDENTES MASCULINOS:

Edad: \_\_\_\_\_

Reseña Clínica:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma médico tratante

\_\_\_\_\_  
Institución

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Médico auditor

# Solicitud tratamiento de fertilidad asistida

## LISTADO COMPLETO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

### ANTECEDENTES FEMENINOS:

Edad: \_\_\_\_\_ Gestas: \_\_\_\_\_

FECHA	ESTUDIOS TRATAMIENTOS REALIZADOS	RESULTADO

### ANTECEDENTES MASCULINOS:

Edad: \_\_\_\_\_

FECHA	ESTUDIOS TRATAMIENTOS REALIZADOS	RESULTADO

\_\_\_\_\_  
Firma médico tratante

\_\_\_\_\_  
Institución

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Médico auditor



# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos Aires, de de .

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informado de la necesidad de ser sometido a \_\_\_\_\_ por padecer \_\_\_\_\_

Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito del acto médico a realizarme, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas.

Asimismo, se me han explicado las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el mismo, y a que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/medicamento \_\_\_\_\_ o para la realización del procedimiento/práctica denominado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I

En caso de incapacidad del paciente:

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal  
o familiar responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I

\_\_\_\_\_  
Vínculo

Certifico que he explicado la naturaleza propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento/tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.

Creo que el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ ha comprendido completamente lo explicado y contestado.

\_\_\_\_\_  
Firma médico

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Sello

\_\_\_\_\_  
Institución