

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Formulario para la cobertura de medicamentos anticonceptivos según receta adjunta

Datos personales

Apellido y nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ N° de afiliado: _____

Datos del médico tratante

Apellido y nombre: _____

Matrícula: MP MN N° de Matrícula: _____ Provincia: _____

Datos del anticonceptivo

Tipo de anticonceptivo:

Oral Intra uterino Impante subdérmico Anillo Parche transdérmico

Nombre y droga: _____

Documentación necesaria

1. Historia clínica
2. Examen ginecológico completo
 - a) Estudio citológico cervical (PAP)
 - b) Colposcopia
 - c) Mamografía y/o ecografía mamaria
 - d) Ecografía ginecológica
 - e) Laboratorio completo con hepatograma
3. Prescripción médica del anticonceptivo

Firma del afiliado, padre, madre o tutor

Lugar y fecha de presentación

Instrucciones de uso: Completar todos los datos en letra imprenta. El formulario debe estar firmado por el afiliado que realiza la presentación, si se tratase de un menor de edad, por el padre, madre o tutor y debe adjuntar la prescripción médica del médico tratante.

En el marco del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, CASA le informa que las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el virus del HIV, solo se previenen con el correcto uso de métodos de barrera (preservativos). Ante cualquier duda consulte con el profesional especialista.