

Solicitud de pastillas anticonceptivas

Datos del Afiliado:

Nº de Afiliado:
Apellido y Nombre:
Fecha de nacimiento: Edad:
Domicilio:
Mail: Teléfono:

Motivo de la prescripción:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Planificación familiar | <input type="radio"/> Oligomenorrea |
| <input type="radio"/> Poliquistosis ovárica | <input type="radio"/> Amenorrea |
| <input type="radio"/> Anemia de causa ginecológica | <input type="radio"/> Polimenorrea |
| <input type="radio"/> Quistes foliculares | <input type="radio"/> Dismenorrea |
| <input type="radio"/> Endometriosis | <input type="radio"/> Otras: |
- Se encuentra bajo tratamiento
Fecha inicio: / /

Antecedentes:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Tabaquismo | <input type="radio"/> Coronariopatías |
| <input type="radio"/> Sobrepeso | <input type="radio"/> Vasculopatías |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Hepatopatías |
| <input type="radio"/> Hipertensión Arterial | <input type="radio"/> ACV |
| <input type="radio"/> TEP | <input type="radio"/> Ant. Familiares Dbt |
| <input type="radio"/> Tumor de mamas | <input type="radio"/> Ant. Familiares Ca Mama |

Ha realizado los siguientes estudios en los últimos 3 años:

- PAP Mamografía

MARCAS	
→ APRIL	100%
→ EVELEA	100%
→ FEMEXIN	100%
→ MESIGYNA	100%
→ MICROLUT	100%
→ MICROVLAR	100%
→ MIRANOVA	100%
→ NORFREN	100%
→ NORGESTREL PLUS	100%
→ PERLUTAL	100%

Prescripción:

Genérico:	Nombre Comercial:	Presentación:	Dosis día:	Dosis mes:
..... Cajas

Lugar y Fecha

Firma y Sello Profesional