

Formulario de empadronamiento Programa de Anticoncepción

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____
 N° Asociado: _____ Doc. de identidad tipo y número: _____
 E-Mail: _____ Teléfono: _____

TRATAMIENTO INDICADO

Método	Principio activo	Presentación	Nombre comercial
Anticonceptivo Oral	_____	_____	_____
Anillo transvaginal	_____	_____	_____
Parche dérmico	_____	_____	_____

ESTUDIOS (con vigencia de acuerdo con recomendaciones de control)

Estudio	Resultado	Fecha de realización
Papanicolau	NORMAL ANORMAL	_____
Ecografía mamaria	NORMAL ANORMAL	_____
Mamografía	NORMAL ANORMAL	_____

CONTRAINDICACIONES DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO INDICADO (Seleccione opción)

NO SI (En caso afirmativo indicar cuales son y motivo de indicación)

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y nombre: _____
 Profesional de Cam Doctor: SI NO
 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 anual de 13 (trece) envases totales.
 La indicación de un método anticonceptivo implantable debe ser evaluada particularmente por Auditoría Médica mediante la presentación de la solicitud y documentación respaldatoria necesaria a través de nuestra página web.

 Firma y sello médico