

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Formulario para la cobertura de medicamentos anticonceptivos según receta adjunta

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ N° de Afiliado: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN (Marcar con una X a la izquierda la/s causa/s de la indicación)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Planificación Familiar | ☐ Amenorrea | ☐ Polimenorrea |
| ☐ Anemia de Causa Ginecológica | ☐ Dismenorrea | ☐ Oligomenorrea |
| ☐ Endometrosis | ☐ Poliquistosis Ovárica | ☐ Quistes foliculares |
| ☐ Otras _____ | ☐ Paridad - N° ☐ | |

Se encuentra bajo tratamiento: ☐ SI ☐ NO

Fecha de inicio: _____

Duración aproximada del tratamiento: _____

ANTECEDENTES (Marcar con una X a la izquierda la/s opción/es)

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| ☐ Tabaquismo | ☐ ACV | ☐ Vasculopatías | ☐ T de Mama |
| ☐ Hipertensión Arterial | ☐ Sobrepeso | ☐ Ant. Familiares DBT | ☐ Hepatopatías |
| ☐ Coronariopatías | ☐ TEP | ☐ Diabetes | ☐ Ant Familiares Ca Mama |

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre: _____

Matrícula: ☐ MN ☐ MP Número de Matrícula: _____ Provincia: _____Prestador de Sami Salud: ☐ SI ☐ NO Número de Prestador: _____Si no es Prestador de SAMI SALUD¹ teléfono de contacto: __________
Lugar y fecha de presentación_____
Firma del Afiliado/Padre/Madre o Tutor

Instrucciones de uso: Completar todos los datos en letra imprenta. El formulario debe estar firmado por el afiliado que realiza la presentación. Este formulario en blanco puede ser fotocopiado.

En el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, SAMI SALUD le informa que las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el virus del SIDA, no se previenen con este método. Actúe en prevención para Ud. y su familia. Consulte con su médico.



ANTICONCEPTIVOS SIN CARGO

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Diane 35 | ☐ Kyleena |
| ☐ Femiane | ☐ Mirena |
| ☐ Isis | ☐ Qlaira |
| ☐ Isis Mini | ☐ Yasmin |
| ☐ Isis Mini 24 | ☐ Yasminelle |
| ☐ Kala MD | ☐ Yaz |
| ☐ Kirum 21+ 7 | ☐ Pink |
| ☐ Kirumelle | |

Firma del médico
