

Datos de la Beneficiaria			
Apellido y nombre			
CUIL		Obra Social	
Fecha de nacimiento		Fecha del procedimiento	
Nombre del Centro de Reproducción		CUIT del Centro	
Co-morbilidad/es present/es			
Técnica de Reproducción Médicamente Asistida de Alta Complejidad			
Número de intentos previos	Baja:	Alta:	
Motivo de solicitud	<input type="checkbox"/> Infertilidad de origen femenino <input type="checkbox"/> Infertilidad de origen masculino <input type="checkbox"/> Otros		
Técnicas previas utilizadas	<input type="checkbox"/> Baja Complejidad <input type="checkbox"/> FIV/ICSI <input type="checkbox"/> Ovodonación		
Técnica utilizada en el presente intento	<input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Ovodonación		
Resultado del procedimiento	<input type="checkbox"/> Abandono por decisión del paciente <input type="checkbox"/> Cancelación del ciclo por riesgo de hiperestimulación ovárica y/o efectos adversos de la medicación <input type="checkbox"/> Ciclo sin desarrollo folicular <input type="checkbox"/> Transferencia de embriones (especificar número) <input type="checkbox"/> Embarazo. <input type="checkbox"/> Nacimiento: Único..... Múltiple (nº)..... <input type="checkbox"/> Edad Gestacional:..... <input type="checkbox"/> Peso de nacimiento: <input type="checkbox"/> Internación neonatal (UTI)		
Observaciones			