

1- Beneficiario: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc.  Fem.

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) - \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Otro contacto: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) - \_\_\_\_\_

2 - DIAGNÓSTICO POR ÓRGANOS/SISTEMAS (campo obligatorio)  PPR

3 - DIAGNÓSTICO SEGÚN PATOLOGÍA (campos obligatorio)

PREVENCIÓN CA. DEL CUELLO  PREVENCIÓN CA. DE MAMA  ANTICONCEPCIÓN  E.T.S.

4 - MOTIVO DE CONSULTA

Dolor  Hemorragia  Control  Flujo  Alteración del ciclo  Anticoncepción

¿Se ha realizado Papanicolau?  Sí  No ¿En el último año?  Sí  No

Fecha última menstruación \_\_\_\_\_

Edad inicio relaciones sexuales \_\_\_\_\_

Edad Menarca \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo utilizado  ACO  DIU  Ligadura tubaria  ACI  Condón  Ninguno

Otros \_\_\_\_\_

Antecedentes obstétricos N° de embarazos  N° de partos  N° de cesáreas  N° de abortos

5 - RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

6 - EXÁMENES COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN EL DIAGNÓSTICO (adjuntar copia)

FECHA EXAMEN	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS OBTENIDOS

7 - TRATAMIENTO

D = Día S = Semana M = Mes

(\*) Tachar lo que no corresponda

Monodroga: \_\_\_\_\_ Asociación Concentración: \_\_\_\_\_ Dosis (D|S|M) (\*) \_\_\_\_\_ Forma farmacéutica: \_\_\_\_\_

Monodroga: \_\_\_\_\_ Asociación Concentración: \_\_\_\_\_ Dosis (D|S|M) (\*) \_\_\_\_\_ Forma farmacéutica: \_\_\_\_\_

Monodroga: \_\_\_\_\_ Asociación Concentración: \_\_\_\_\_ Dosis (D|S|M) (\*) \_\_\_\_\_ Forma farmacéutica: \_\_\_\_\_

8 - MÉDICO TRATANTE (campo obligatorio)

Nombre y Apellido del Profesional \_\_\_\_\_ Matrícula Nac.: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) - \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Profesional \_\_\_\_\_ Domicilio de Atención \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

TALÓN PARA EL BENEFICIARIO

Beneficiario: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_

La recepción de la documentación no implica aceptación a lo solicitado hasta no ser evaluado por la auditoría médica de OSPRERA.

Firma y Sello Boca de Expendio \_\_\_\_\_ Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** El formulario cumplimentado por médico tratante debe ser presentado ante dependencia de OSPRERA dentro de 30 días hábiles posteriores a su emisión. La no presentación exime a la Obra Social de brindar la cobertura.