

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:..... N° afiliado...../...../.....
 Fecha de nacimiento:..... Edad:..... DNI.....

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planificación familiar | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Quiste Folicular |
| <input type="checkbox"/> Anemia de causa ginecológica | <input type="checkbox"/> Poliquistosis Ovárica | <input type="checkbox"/> Polimenorrea |
| <input type="checkbox"/> Oligomenorrea | <input type="checkbox"/> Amonorrea | |
| <input type="checkbox"/> Otras (detallar)..... | | |
| | | |
| | | |

Inicio del tratamiento:.....
 Duración:.....

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Hepatopatía | <input type="checkbox"/> Hemopatías |
| <input type="checkbox"/> TEP | <input type="checkbox"/> HTD | <input type="checkbox"/> Tumor de mama |
| <input type="checkbox"/> Obesidad / Sobrepeso | <input type="checkbox"/> Otros..... | |
| | | |

Medicación (detallar):.....

MÉTODO ANTICONCEPTIVO - PRESCRIPCIÓN

.....

Firma y Sello del Médico Tratante	Firma y Aclaración del Paciente	Fecha

COMPLETE TODOS LOS DATOS CON LETRA IMPRENTA Y PRESENTAR EN LA MUTUAL.
 PARA AGILIZAR EL TRÁMITE PUEDE ENVIARLO CON ANTELACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO A: medicamentos@amffa.com.ar