



Obra Social del Personal de Imprentas,
Diarios y Afines

FORMULARIO PARA LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS

POR FAVOR COMPLETAR EN LETRA CLARA

Fecha: ____/____/____

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: _____

Edad: _____ N° de Afiliado _____

Teléfono: _____ E mail: _____

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Planificación familiar | <input type="checkbox"/> Amenorrea | <input type="checkbox"/> Polimenorrea |
| <input type="checkbox"/> Anemia de causa ginecológica | <input type="checkbox"/> Dismenorrea | <input type="checkbox"/> Oligomenorrea |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Poliquistosis ovárica | <input type="checkbox"/> Quistes foliculares |
| <input type="checkbox"/> Otras | | |

Se encuentra bajo tratamiento: Si

Fecha de inicio: _____

No

Duración aproximada del tratamiento: _____

MEDICAMENTO SOLICITADO (POR NOMBRE DE LA DROGA)

Droga/s y mg: _____

Droga/s y mg: _____

ANTECEDENTES



Obra Social del Personal de Imprentas,
Diarios y Afines

- | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> | ACV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vasculopatías |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ca de Mama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hipertensión arterial | | Sobrepeso | | Ant. Familiares DBT | Hepatopatías |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías | <input type="checkbox"/> TEP | <input type="checkbox"/> Diabetes | | <input type="checkbox"/> Ant. Familiares de Ca mama | |

Resumen de Historia Clínica:

Observaciones:

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre: _____

Matrícula: _____

Sello y firma del médico tratante

PARA COMPLETAR POR MÉDICO AUDITOR:

Cobertura: Sin cobertura 100%

Observaciones Auditoría Médica:

Fecha: ____/____/____



Obra Social del Personal de Imprentas,
Diarios y Afines

Sello y firma del médico auditor