

**FERTILIZACION ASISTIDA**

\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Nombre y Apellido del Afiliado: \_\_\_\_\_

Nº Afiliado: \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha del procedimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Te: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro de reproducción: \_\_\_\_\_

CUIT del Centro: \_\_\_\_\_

Co-morbilidad/es: \_\_\_\_\_

Present/es: \_\_\_\_\_

Técnica de Reproducción Médicamente Asistida de Alta Complejidad		
Nº de intentos previos	Baja:	Alta:
Motivo de la 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	
Técnicas 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"/> Transferencia de embriones (especificar número) <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Nacimiento Único ____ Múltiple ____ <input type="checkbox"/> Edad gestacional ____ <input type="checkbox"/> Peso de nacimiento ____ <input type="checkbox"/> Internación neonatal ( UTI)	
Observaciones		

**OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA**

**HISTORIA CLÍNICA SEGÚN RESOLUCIÓN 1561/12 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS  
DE SALUD**

Lugar \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Afiliado: \_\_\_\_\_

Nº Afiliado: \_\_\_\_\_

Nº Documento de identidad Tipo: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE (ESPECIFICAR COMORBILIDADES Y/O COMPLICACIONES)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DETALLE DEL TRATAMIENTO INDICADO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del profesional

(Completar todos los campos con letra legible)