

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: _____

(Completar todos los campos con letra legible)

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: _____

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE (ESPECIFICAR COMORBILIDADES Y/O COMPLICACIONES) _____

DETALLE DEL TRATAMIENTO INDICADO: _____

Sello y firma del profesional