

## PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Formulario para la cobertura de medicamentos anticonceptivos según receta adjunta

### DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN (Marcar con una X a la izquierda la/s causa/s de la indicación)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <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 _____                  | <input type="checkbox"/> Paridad - N° <input type="checkbox"/> |  |

Se encuentra bajo tratamiento:  SI  NO Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
Duración aproximada del tratamiento: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES (Marcar con una X a la izquierda la/s opción/es)

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

### DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Matrícula:  MN  MP Número de Matrícula: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Prestador de Sami Salud:  SI  NO Número de Prestador: \_\_\_\_\_

Si no es Prestador de SAMI SALUD<sup>1</sup> teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de presentación

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado/Padre/Madre o Tutor

Instrucciones de uso: Completar todos los datos en letra imprenta. El formulario debe estar firmado por el afiliado que realiza la presentación. Este formulario en blanco puede ser fotocopiado.

En el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, SAMI SALUD le informa que las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el virus del SIDA, no se previenen con este método. Actúe en prevención para Ud. y su familia. Consulte con su médico.



## ANTICONCEPTIVOS SIN CARGO

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diane 35     | <input type="checkbox"/> Kyleena               |
| <input type="checkbox"/> Femiane      | <input type="checkbox"/> Qlaira                |
| <input type="checkbox"/> Isis         | <input type="checkbox"/> Yasmin                |
| <input type="checkbox"/> Isis Free    | <input type="checkbox"/> Yasminelle            |
| <input type="checkbox"/> Isis Mini    | <input type="checkbox"/> Yaz                   |
| <input type="checkbox"/> Isis Mini 24 | <input type="checkbox"/> Pink                  |
| <input type="checkbox"/> Kala MD      | <input type="checkbox"/> Camelia (desogestrel) |
| <input type="checkbox"/> Kirum 21+ 7  |  |
| <input type="checkbox"/> Kirumelle    |  |

Firma del médico

---