



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA

FORMULARIO DE INGRESO AL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Nº Afiliado:

Apellido:..... Nombre:..... DNI:.....
 Fecha de nacimiento:/...../..... Sexo: M F Teléfono:.....

Domicilio

Calle Nombre:.....
 Calle Nro:..... Localidad:..... Provincia:.....
 Piso:..... C.P.:.....
 Dpto:.....

SEGÚN CORRESPONDA POR DIAGNÓSTICO:

Peso:.....	Altura:.....	Tensión arterial:.....	Ac. Úrico:.....
Nunca fumó:.....	Nº cigarrillos:.....	Colesterol total:.....	Glucemia:.....
Fumador:.....	Nº años:.....	HDL:.....	TSH:.....
Ex fumador:.....	Año en que dejó:.....	LDL:.....	T4 L:.....
		Triglicéridos:.....	T3:.....

Diagnóstico 1

SIGNOS Y SÍNTOMAS RELEVANTES.....
 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.....

Diagnóstico 2

SIGNOS Y SÍNTOMAS RELEVANTES.....
 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.....

Diagnóstico 3

SIGNOS Y SÍNTOMAS RELEVANTES.....
 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.....

TRATAMIENTO INDICADO:

(Indicar Monodroga Form. Terapéutico Res. 310/2004)

	PORTOMA	PORDÍA	SEMANA
Rp.1:			
Rp.2:			
Rp.3:			

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

BAJA DEL PACIENTE:

Fecha:/...../.....

Causa:

- Abandono Cambio Obra Social
 Obito Otro

Firma y sello del médico

INSTRUCTIVO SALUD SEXUAL

- El plan de Salud Sexual y Procreación Responsable ofrece cobertura del 100% en anticonceptivos orales y DIU.
- La planilla la debe completar el especialista, indicando como diagnóstico solamente ANTICONCEPCIÓN o PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- Se cubren todos los anticonceptivos incluidos en el vademecum
- La planilla se renueva cada 12 meses y la medicación se retira de cualquiera de nuestras farmacias con el correspondiente **Recetario para la Salud Sexual**, que se entrega en la filial.