

# Solicitud de pastillas anticonceptivas

---

## Datos del Afiliado:

Nº de Afiliado:.....  
Apellido y Nombre:.....  
Fecha de nacimiento: .....  
Domicilio:..... Edad:.....  
Mail: .....  
Teléfono: .....

## Motivo de la prescripción:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Planificación familiar       | <input type="radio"/> Oligomenorrea |
| <input type="radio"/> Poliquistosis ovárica        | <input type="radio"/> Amenorrea     |
| <input type="radio"/> Anemia de causa ginecológica | <input type="radio"/> Polimenorrea  |
| <input type="radio"/> Quistes foliculares          | <input type="radio"/> Dismenorrea   |
| <input type="radio"/> Endometriosis                | <input type="radio"/> Otras:        |
- Se encuentra bajo tratamiento  
Fecha inicio:    /    /

## Antecedentes:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Tabaquismo            | <input type="radio"/> Coronariopatías         |
| <input type="radio"/> Sobrepeso             | <input type="radio"/> Vasculopatías           |
| <input type="radio"/> Diabetes              | <input type="radio"/> Hepatopatías            |
| <input type="radio"/> Hipertensión Arterial | <input type="radio"/> ACV                     |
| <input type="radio"/> TEP                   | <input type="radio"/> Ant. Familiares Dbt     |
| <input type="radio"/> Tumor de mamas        | <input type="radio"/> Ant. Familiares Ca Mama |

Ha realizado los siguientes estudios en los últimos 3 años:

- PAP       Mamografía

## Prescripción:

Genérico:	Nombre Comercial:	Presentación:	Dosis día:	Dosis mes:
.....	.....	.....	.....	..... Cajas

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Profesional