



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

**Anticonceptivos Orales –
Prescripción Anual**

Todos los campos del presente formulario deben ser completados de manera obligatoria.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Apellidos y Nombres:

Beneficiario N°:

Fecha nac.:

Edad:

Domicilio:

DNI N°:

Tel:

Email:

1- ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazos:

Partos/Cesáreas:

Abortos:

Resultados y fecha de último PAP:

Resultados y fecha de último control mamario:

Endometriosis:

Miomatosis Uterina:

Cáncer de mama

Tratamiento actual: _____

Fecha de diagnóstico:

Fecha de inicio de
tratamiento:

Posparto actual con Lactancia
Materna

Hasta 6 semanas posparto

6 semanas a 6 meses lactancia exclusiva

Mayor a 6 meses

Posparto actual sin Lactancia
Materna

Menor a 6 semanas

Mayor a 6 semanas

Otros de importancia para la
ECO

2- ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

HTA:

Medicación:

Enfermedad Isquémica Coronaria

Valvulopatía Cardíaca Complicada (HTA, FA, Antecedentes de Endocarditis):

Trombofilia:

¿Cuál?

Trombosis Venosa Profunda:

Tromboembolismo Pulmonar:

Anticoagulación:

Dislipemia Diagnosticada:

Tabaquismo - Menos de 15 Cigarrillos/DIA

Tabaquismo - Más de 15 cigarrillos/DIA

3- ENFERMEDADES ENDÓCRINAS Y AUTOINMUNES				
DBT:	Neuropatía:	Retinopatía:	Nefropatía:	Otra:
DBT Mayor de 20 años de evolución:				
Lupus Eritematoso Sistémico:		Enfermedad Activa:		
Otros de Importancia para la toma de ACO:				
4- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS				
Migraña:		Con Aura:		
		Sin Aura:		
Accidente Cerebro Vascular:				
Otras de importancia para la tomar de ACO:				
5- ENFERMEDAD HEPÁTICA				
Hepatitis Viral Activa:				
Colestasis:		Relacionada con la toma de ACO		
Litias Vesiculares Sintomáticas Actual:				
Tumor Hepático:		Benigno:		Maligno:
Otros de Importancia para la toma de ACO:				
6- MEDICAMENTOS CONCURRENTES				
Anticonvulsionantes:		Principio Activo:		
Rifampicina:				
Griseofulvina:				
Isotretinoína				
Antirretrovirales:		Principio Activo:		
Otras de Importancia para la toma de ACO:				
7- OTRAS PATOLOGÍAS A DESTACAR EN RELACIÓN A LA TOMA DE ACO				
Detallar:				
ANTICONCEPTIVOS ORALES				
Principio Activo:		Unidad Posológica:		
Marca Sugerida:				
Otros comentarios:				

.....
Firma y sello
del profesional solicitante

.....
Fecha

.....
Institución