

FORMULARIOS SUR MÓDULO FERTILIZACIÓN ASISTIDA





RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN

RNOS: 1-2550-9

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Sexo: F M

DNI N°:

Beneficiario N°:

Diagnóstico: _____

Antecedentes de la paciente: _____

Detalle del tratamiento indicado (completo). Incluir las variables relacionadas con la seguridad y con la efectividad: _____

Fundamentación médica que avale la práctica solicitada: _____

Fecha: ____/____/____

.....
Firma y sello de médico especialista

Form. D. P. 2.9.1

PLANILLA DE INFORMACIÓN

DATOS PERSONALES

Apellidos y nombres:

Obra Social:

N° de beneficiario:

N° de CUIL: - -

Fecha de nacimiento: / /

Fecha del procedimiento: / /

Nombre del Centro de reproducción:

N° de CUIT del centro: - -

Co-morbilidad/es presente/s:

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

N° de intentos previos

Baja:

Alta:

Nombre/Razón Social del empleador:

Motivos de 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 utilizadas 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"/> Ciclo sin desarrollo folicular
	<input type="checkbox"/> Transferencia de embriones (especificar N°).....
	<input type="checkbox"/> Embarazo
	Nacimiento: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Múltiple: (N°).....
	Edad gestacional:.....
	Peso de nacimiento:.....
<input type="checkbox"/> Internación Neonatal (UTI)	

Observación: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

.....
Firma y sello del profesional



CONFORMIDAD EN EL TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN

Quién suscribe _____
con CUIL _____ - _____ - _____ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con domicilio en calle _____ N° _____
Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____
Provincia _____, declaro por la presente mi conformidad para someterme a el/los tratamientos de fertilización que así lo indicare el profesional que interviene, los mismos se detallan a continuación (aclarar el tratamiento a seguir y el período que corresponde).

En la ciudad de _____ Provincia _____
a los _____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular, aclaración, DNI N°

.....
Firma del cónyuge, aclaración, DNI N°

.....
Firma y sello de médico tratante