

• Datos personales del Beneficiario (por favor completar en letra clara)

Apellido Nombre

Sexo D.N.I. Nº Fecha de Nacimiento Edad

HISTORIAL (diagnóstico)

.....

 Presentó estudios de laboratorio: SI NO

• Plan Terapéutico

Tratamiento Tipo: Baja complejidad Alta complejidad N° de intento

Fecha de inicio	Fecha de Fertilización asistida
...../...../...../...../.....

• Medicación esquemática del tratamiento

Genérico	Presentación	Dosis	Frecuencia

• Técnica de fertilización

.....

 Lugar y Fecha Firma y sello del médico tratante Teléfono del consultorio y celular

 Firma y aclaración del titular Firma y aclaración del cónyuge y/o pareja Teléfono

Dejamos por asentado nuestra conformidad al tratamiento indicado, como así también haber sido instruidos por el profesional actuante sobre los riesgos del mismo.
IMPORTANTE: PRESENTAR EL MISMO, ADJUNTO A ÚLTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA SU EVALUACIÓN

• Observaciones Auditoría Médica DASUTeN:

.....

¿Se autoriza subsidio? SI NO

Lugar y Fecha Firma y sello del médico Auditor