

• Datos personales de la persona beneficiaria (por favor completar en letra clara)

Apellido Nombre Legajo
Género D.N.I. N° 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 profesional tratante Teléfono del consultorio y celular

.....
Firma y aclaración de la persona titular Firma y aclaración de la 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 profesional de auditoría Médica