

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

Apellido Nombre

Edad Género D.N.I. N° Fecha de Nacimiento

Dependencia de la UTN Número de afiliación

Domicilio Calle N° Piso Depto.

C.P. Barrio Localidad Provincia

Teléfono Email

Posee otra cobertura Médica ☐ SI ☐ NO Cual AF N°

• Motivo de la Prescripción

☐ Planificación Familiar ☐ Anemia de Causa Ginecológica ☐ Endometriosis ☐ Amenorrea ☐ Dismenorrea

☐ Poliquistosis Ovárica ☐ Quistes Foliculares ☐ Oligomenorrea ☐ Polimenorrea ☐ Otras

Se encuentra bajo tratamiento? ☐ SI ☐ NO Fecha de Inicio Duración

• Antecedentes

☐ Tabaquismo ☐ Hipertensión Arterial ☐ Coronariopatías ☐ ACV

☐ Sobrepeso ☐ TEP ☐ Vasculopatías ☐ Ant. Familiares DBT

☐ Diabetes ☐ T de Mama ☐ Hepatopatías ☐ Ant. Familiares CA Mama

Ha realizado los siguientes estudios en los últimos 3 años ☐ PAP ☐ Mamografía

• Prescripción

Duración aproximada de Tratamiento:

Genérico	Nombre Comercial	Presentación	Dosis Día	Dosis Mes
				Cajas
				Cajas

.....
Firma y sello del profesional tratante

.....
Firma de la persona beneficiaria

.....
Firma y sello del profesional de Auditoría Médica

Lugar y Fecha: