

## PLANILLA DE ANTICONCEPCIÓN

### DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:	N° afiliado:	
Sexo:	Fecha nac:	/ /
Estado civil:	Tipo y Nro de documento:	
Domicilio:	Nro:	Piso/Dto:
Nacionalidad:	Cod postal:	Localidad:
Provincia:	Teléfono:	

### TRATAMIENTO INDICADO

MÉTODO	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	NOMBRE COMERCIAL
Anticonceptivo oral			
Anillo transvaginal			
DIU (dispositivo intrauterino)			
CHIP			

### ESTUDIOS (con vigencia de acuerdo con recomendaciones de control)

ESTUDIO	RESULTADO		FECHA DE REALIZACIÓN
Papanicolau	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	
Ecografía mamaria	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	
Mamografía	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	

### MÉDICO TRATANTE (COMPLETADO POR EL MISMO)

Apellido y Nombre:		
MN°:	Especialidad:	
Domicilio:	Localidad:	Provincia:
Mail:	Teléfono:	

Firma y sello del profesional:	Fecha:
--------------------------------	--------