

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: N° afiliado:

Fecha de nacimiento : Edad: DNI:

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN

Planificación familiar Endometriosis Quiste Folicular

Anemia de causa ginecológica Poliquístosis Ovárica Polimenorrea

Oligomenorrea Amenorrea

otras (detallar)

Inicio del Tratamiento

Duración:

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Tabaquismo Hepatopatía Hemopatías

TEP HTD Tumor de mama

Obesidad / Sobrepeso Otros

Medicación (detallar)

MÉTODO ANTICONCEPTIVO - PRESCRIPCIÓN

Firma y Sello del Médico Tratante	Firma y Aclaración del Paciente	Fecha

COMPLETAR TODOS LOS DATOS CON LETRA IMPRENTA Y PRESENTAR EN LA MUTUAL.
PARA AGILIZAR EL TRÁMITE PUEDE ENVIARLO CON ANTELACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO A: medicamentos@amffa.com.ar