



FORMULARIO- MÓDULO FERTILIZACION ASISTIDA.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: O.S.P.I.V.

RNAS: 1-2250-0

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Sexo: ☐ F ☐ M

DNI N°:

Beneficiario N°:

Diagnóstico: _____

Antecedentes de la paciente: _____

Detalle del tratamiento indicado (completo). Incluir las variables relacionadas con la seguridad y con la efectividad: _____

Fundamentación médica que avale la práctica solicitada: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

.....
Firma y sello de médico especialista

Form. D. P. 2.9.1



PLANILLA DE INFORMACIÓN

Toda solicitud debe adecuarse a lo contemplado en la normativa vigente, Ley 26.862 y su Decreto Reglamentario 956/2013.

DATOS PERSONALES

Apellidos y nombres:

Obra Social: O.S.P.I.V.

N° de beneficiario:

N° de CUIL: - -

Fecha de nacimiento: / /

Fecha del procedimiento: / /

Nombre del Centro de reproducción:

N° de CUIT del centro: - -

Co-morbilidad/es presente/s:

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

N° de intentos previos

Baja:

Alta:

Nombre/Razón Social del empleador:

Motivos de solicitud

☐ Infertilidad de origen femenino

☐ Infertilidad de origen masculino

☐ Otros.

Técnicas previas utilizadas

☐ Baja complejidad

☐ FIV/ICSI

☐ Ovodonación

Técnicas utilizadas en el presente intento

☐ FIV

☐ ICSI

☐ Ovodonación

Resultado del procedimiento

☐ Abandono por decisión del paciente.

☐ Cancelación del ciclo por riesgo de hiperestimulación ovárica y/o efectos adversos de la medicación.

☐ Ciclo sin desarrollo folicular

☐ Transferencia de embriones (especificar N°).....

☐ Embarazo

Nacimiento: ☐ Único ☐ Múltiple: (N°).....

Edad gestacional:.....

Peso de nacimiento:.....

☐ Internación Neonatal (UTI)

Observación: _____

Fecha: / /

.....
Firma y sello del profesional

Form. D. P. 2.9.2



CONFORMIDAD EN EL TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN

Quién suscribe _____

con CUIL ----- _____ beneficiario de la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO Y AFINES. (O.S.P.I.V.), con

domicilio en calle _____ N° _____

Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____

Provincia _____, declaro por la presente mi conformidad para someterme a él/los tratamientos de fertilización que así lo indicare el profesional que interviene, los mismos se detallan a continuación (aclarar el tratamiento a seguir y el período que corresponde).

En la ciudad de _____ Provincia _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular, aclaración, DNI N°

.....
Firma del cónyuge, aclaración, DNI N°

.....
Firma y sello de médico tratante