



FICHA GINECOLÓGICA

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

DATOS DE LA AFILIADA

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº BENEFICIARIA...../...../..... FECHA DE NACIMIENTO/...../.....

DNI: TELÉFONO:

E-MAIL: LOCALIDAD:

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO TRATANTE

..... Gestas Paridad Cesáreas Abortos Menarca

MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACONSEJADO (INDIQUE CON UNA X):

- Dispositivo Intrauterino - DIU Preservativo
- Anticonceptivo oral Anticonceptivo inyectable

Droga/s

Dosis.....

INFORME PAPANICOLAOU.....

INFORME COLPOSCÓPICO.....

EXAMEN MAMARIO.....

DECLARO que he sido informada por el/la Dr./Dra. de los diferentes métodos disponibles, de sus ventajas y desventajas. Me han explicado las posibles alternativas, estoy satisfecha con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas y me han aclarado las dudas planteadas. Mar del Plata,/...../.....

.....
Firma y sello MÉDICO

.....
Firma AFILIADA

.....
Firma PADRE/MADRE/TUTOR (*)

.....
Datos FIRMANTE

(*) En caso de afiliadas menores de 14 años se requerirá también la firma de padre, madre o mayor responsable.

NOTA: el presente formulario tiene validez de cobertura con receta mes a mes, por un año a partir de la fecha de autorización por parte del S.U.M.A. Para renovar la cobertura deberá realizar los estudios ginecológicos (PAP/COLPO/MAMARIOS) que correspondan y completar nuevamente la presente Ficha Ginecológica.