****

Año 2018

Procreación Responsable

FORMULARIO DE SOLICITUD DE

MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS

AFILIADA................................................................................................... EDAD.......................

FECHA ............./................/...................NUMERO DE CARNET...............................................

DELEGACION:…………………………………………………………………………………………

USO DIU PREVIO? SI … NO … HASTA CUANDO? ...................................

DROGA Y DOSIS O COMBINACION DE DROGAS Y DOSIS SOLICITADA:

GENERICO:……………………………………………………………………………

MARCA COMERCIAL:……………………………………………………………….

DURACION ESTIMADA DEL TRATAMIENTO:...............................................

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

El Formulario de Autorización se renueva cada seis meses, debiendo su médico prescribir la continuidad del tratamiento.