Solicitud tratamiento de fertilidad asistida

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL SOCIO TITULAR

Apellido y nombre:

N° de documento:

N° de afiliado Care Salud:

Domicilio particular:

Teléfono particular:

Teléfono celular:

E-mail:

ANTECEDENTES FEMENINOS:

Edad: Gestas:

Reseña Clínica:

ANTECEDENTES MASCULINOS:

Edad:

Reseña Clínica:

Firma médico tratante | Institución | Paciente | Médico auditor

Solicitud tratamiento de fertilidad asistida

LISTADO COMPLETO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

ANTECEDENTES FEMENINOS:

Edad: Gestas:

FECHA	ESTUDIOS TRATAMIENTOS REALIZADOS	RESULTADO

ANTECEDENTES MASCULINOS:

Edad:

FECHA	ESTUDIOS TRATAMIENTOS REALIZADOS	RESULTADO

Firma médico tratante | Institución | Paciente | Médico auditor

Solicitud tratamiento de fertilidad asistida

CONSTANCIA DE ADMINISTRACIÓN DE LAS DROGAS CON DETALLE DEL ESQUEMA (DOSIS Y NÚMERO DE APLICACIONES)

MEDICAMENTO	DOSIS	FECHA DE ADMINISTRACIÓN

Firma médico tratante | Institución | Paciente | Médico auditor

Consentimiento informado

Buenos Aires, de de .

Yo, _____ , he sido informado de la necesidad de ser sometido a _____ por padecer

Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito del acto médico a realizarme, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas.

Asimismo, se me han explicado las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el mismo, y a que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/medicamento

_____

o para la realización del procedimiento/práctica denominado

Firma del paciente	Aclaración	D.N.I

En caso de incapacidad del paciente:

Firma del representante legal o familiar responsable	Aclaración	D.N.I	Vínculo

Certifico que he explicado la naturaleza propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento/tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.

Creo que el Sr./Sra.

ha comprendido completamente lo explicado y contestado.

Firma médico	Aclaración	Sello	Institución