



R.N.O.S. 103600

O.S.P.A.C.P. OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Formulario para la cobertura de medicamentos anticonceptivos según receta adjunta

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

DNI Afiliada :

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

ANTECEDENTES DE SALUD

- ☐ Tumor de mama
- ☐ Coronariopatías
- ☐ Accidente Cerebrovascular (ACV)
- ☐ Tromboembolismo Pulmonar (TeP)

En caso de poseer alguno de los anteriores antecedentes, deberás presentar un justificativo médico para su evaluación. En caso que ya te encuentres utilizando como método anticonceptivo un dispositivo intrauterino (DIU/SIU) o un implante subdérmico no será posible continuar con el empadronamiento.

Fecha de presentación

Firma de la Afiliada

Completar todos los datos en letra imprenta.