

REGISTRO DE PAREJAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE BAJA O ALTA COMPLEJIDAD

Apellido y Nombre del Afiliado Titular:	
N° de Afiliado Titular:	
Apellido y Nombre del/la Cónyuge:	
N° de Afiliado:	
Domicilio Actual: Calle	N°
Barrio/Localidad:	
N° de teléfono para contacto:	
Médico Tratante:	
Institución Tratante:	
Para la mujer:	
Peso:	Altura:
¿Está o estuvo en tratamiento por esterilidad?:	
¿Qué tipo de tratamiento?:	
¿Ha tenido embarazos previos?:	¿Cuántos?:
¿Algún embarazo llegó a término?:	

Cuestionario

A · Mujer

1 · Edad:	Fecha de Nacimiento: / /
2 · Antecedentes Personales de Enfermedades	
☐ Diabetes	
☐ Hipertensión Arterial	
☐ Hipertiroidismo	
☐ Hipotiroidismo	
☐ ¿Ha tenido cirugías abdominales? (Detallar)	
☐ Patología Psiquiátrica	
☐ Otras (Detallar)	
3 · Causa de Esterilidad Diagnosticada	
☐ Ovulatoria	☐ Endometriosis
☐ Obstrucción de Trompas	☐ Factor Cervical
☐ Factor Uterino	☐ Mixta
<i>Estos diagnósticos deben ser avalados con los estudios correspondientes (dosajes hormonales histerosalpingografía, videolaparoscopia, histeroscopia, test postcoital)</i>	

REGISTRO DE PAREJAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE BAJA O ALTA COMPLEJIDAD

B • Varón

1 • Edad:	Fecha de Nacimiento: / /
2 • Antecedentes Personales de Enfermedades (Detallar)	
3 • Causa de Esterilidad Diagnosticada	
☐ Oligospermia	☐ Azoospermia (obstructiva o secretoria)
☐ Astenospermia	☐ Aneyaculación
☐ Teratospermia	☐ Factor Inmunológico
<i>Estos diagnósticos deben ser corroborados con al menos un espermograma actualizado y dos en caso de azoospermia eventualmente biopsia de testículo para la obtención de espermatozoides.</i>	

Nota:

Ante consultas telefónicas o personales, se solicitarán datos de identificación.
El cuestionario será completado por el médico tratante una vez que la pareja solicitante haya concretado los estudios correspondientes. Además, dicho formulario debe estar firmado por ambos integrantes de la pareja que solicitan el tratamiento.