



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

## Planilla de inscripción Sistema de tutelaje de tecnologías sanitarias emergentes

### DATOS DE LA BENEFICIARIA

NOMBRE Y APELLIDO .....

CUIL ..... OBRA SOCIAL .....

FECHA DE NACIMIENTO..... FECHA DEL PROCEDIMIENTO.....

NOMBRE DEL CENTRO DE REPRODUCCIÓN .....

CUIT DEL CENTRO .....

CO-MORBILIDAD/ES PRESENTE/S .....

### TÉCNICA DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS	BAJA <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/>
MOTIVO DE SOLICITUD	Infertilidad de origen femenino Infertilidad de origen masculino Otros
TÉCNICAS PREVIAS UTILIZADAS	Baja complejidad FIV/ICSI Ovodonación
TÉCNICAS UTILIZADAS EN EL PRESENTE INTENTO	FIV ICSI Ovodonación
RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO	Abandono por decisión del paciente Cancelación del ciclo por riesgo de hiperestimulación ovárica y/o efectos adversos de la medicación Ciclo sin desarrollo folicular Transferencia de embriones (especificar número) Embarazo Nacimiento: Único <input type="checkbox"/> Múltiple (n°) <input type="checkbox"/> Edad gestacional .....

### OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

Firma y sello médico tratante .....

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

## Planilla de inscripción Sistema de tutelaje de tecnologías sanitarias emergentes

### PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS SE DEBERÁ PRESENTAR:

1. Resumen de Historia Clínica en el cual deberán constar, antecedentes personales, firmado y sellado por el médico tratante.
2. Listado completo de procedimientos, diagnósticos y terapéuticos realizados, firmado y sellado por el médico tratante.
3. Constancia de administración de drogas con detalle del esquema (dosis y número de aplicaciones) firmada y sellada por el médico tratante.
4. Consentimiento informado en el cual se asesore en detalle a los beneficiarios acerca de las técnicas de Reproducción Medicamente Asistida, en lo concerniente al procedimiento, así como a las consecuencias, efectos y posibles complicaciones de conformidad con lo previsto en la Ley 26.529 y normas complementarias.
5. Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
6. Constancia de Inscripción de los prestadores en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES), del Ministerio de Salud de la Nación.
7. Planilla adjunta firmada y sellada por el médico tratante.
8. Estudios previos (laboratorios con serologías, espermograma, ecografías, etc.)

### TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE CONTENER

- Nombre y apellido del afiliado
- N° de afiliado
- Nombre de la Obra Social: O.S.P.F.
- En el caso de corresponder datos de la pareja (Nombre, Apellido, D.N.I.)
- Diagnóstico
- Fecha
- Firma y sello del profesional médico tratante

### TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

**CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante.....

Fecha: / /