

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FORMULARIO DE
FERTILIDAD ASISTIDA
FORMFA 1

DATOS DE LA BENEFICIARIA

Apellido y Nombre

Tipo y N° de DNI

Fecha de nacimiento

Edad

DATOS DEL CÓNYUGE

Apellido y Nombre

Tipo y N° de DNI

Fecha de nacimiento

Edad

DATOS MÉDICOS

Completar con antecedentes personales y de la pareja.

¿Tienen hijos biológicos en común? No Sí Cantidad _____

Cirugías previas No Sí ¿Cuales? _____

Tratamientos realizados a la fecha

Tipo de tratamiento	Fecha de realización	Resultado	Criopreservación de ovocitos / embriones			
			No	Sí	Cantidad	
			No	Sí	Cantidad	
			No	Sí	Cantidad	
			No	Sí	Cantidad	
			No	Sí	Cantidad	

Diagnóstico

TRATAMIENTO SOLICITADO

Indicar prestación solicitada, especificando tecnología y origen de gametos.

FIV	ICSI	IIU	T.E.C
Orígenes de gametos			
Semen	Homólogo		Heterólogo
Óvulos	Propio		Donante

Fecha

Firma y sello médico

Observaciones: Tachaduras, enmiendas, cambios de tinta, deberán estar salvados con firma y sello del médico tratante (no al dorso).