

DATOS DE LOS AFILIADOS

A)

Apellido y nombre

Edad

Fecha de nacimiento

N° Afiliado

Tipo y N°/Doc

Teléfono

Correo electrónico

B)

Apellido y nombre

Edad

Fecha de nacimiento

N° Afiliado

Tipo y N°/Doc

Teléfono

Correo electrónico

ANTECEDENTES

A)

Enfermedad genética conocida:

Enfermedad crónica:

B)

Enfermedad genética conocida:

Enfermedad crónica:

Gestas previas:

con tratamiento

sin tratamiento

Abortos espontáneos:

TRATAMIENTOS PREVIOS

Sí

Tipo de tratamiento:

Mes/Año:

No

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

Espermograma:

Oligospermia Criptospermia Azoospermia Astenospermia

Ecografía genital masculina: Resultado:

Ecografía ginecológica: Transabdominal Transvaginal

Trastorno ovárico: ¿Cuál?

Trastorno tubario: ¿Cuál?

Trastorno uterino: ¿Cuál?

Ninguno Otro ¿Cuál?

Dosajes hormonales: Rango normal Rango alterado ¿Cuáles?

Histerosalpingografía:

TRATAMIENTO INDICADO

Coito programado

Inseminación intrauterina con donante de esperma

Fertilización in vitro

ICSI con ovodonación con donante de esperma

Transferencia de embriones criopreservados

Otras especificaciones:

Institución

Firma y sello del profesional