

**PLANILLA DE SEGUIMIENTO / FERTILIZACIÓN ASISTIDA (Res. 8538/10)**

Trámite N° .....

<b>Datos a requerir por la Delegación /</b>						
Apellido y Nombres						
N° Afiliado			Fecha de nac.			
Tipo de Afiliado	Obligatorio	Fecha Vto.	/ /	Voluntario	Fecha Alta (+2años)	/ /
Teléfono de contacto				Correo electrónico		

<b>Centro prestador acreditado /</b>						
Modulo solicitado			Protocolo de medicación			
<b>Documentación a presentar por el afiliado / (marcar SI adjunta)</b>						
Certificado de matrimonio	Adjunta	Decl. sumaria convivencia	Adjunta			
Decl. jurada hijos en común	Adjunta	Certificado de nacimiento	Adjunta			
<b>Autorización de tratamientos previos /</b>						
Baja complejidad	Adjunta	Alta complejidad	Adjunta			
<b>Datos médicos en general /</b>						
H. Clínica Centro de Fertilidad	Adjunta	H. clínica médica general	Adjunta			
<b>Métodos complementarios de diagnóstico /</b>						
Laboratorio de rutina	Adjunta	Mamografía af. más 35 años	Adjunta			
Serologías	Adjunta	Histerosalpingografía	Adjunta			
Cultivos	Adjunta	Espermograma	Adjunta			
Papanicolau	Adjunta	Otros	Adjunta			

<b>Datos que se requieren de la Región /</b>						
Estado afiliatorio	Adjunta	Estado afiliatorio	Adjunta			

<b>IOMA CENTRAL /</b>						
Informe de la Dirección de Auditoría Médica Ambulatoria						
Corresponde: Modulo		No corresponde	Motivo:	Pase a Directorio	SI / NO	