



Reproducción Responsable

auditoria@ospatca.com.ar

formulario de prescripción inicial

N° Beneficiario:

Para completar por el personal administrativo

Datos del profesional tratante:

Apellido y nombre:
Institución: Teléfono:
Correo electrónico:

Datos del beneficiario:

Apellido y nombre:
DNI N° Edad: Religión: Practicante: Si No
Nivel de escolaridad: Primario Secundario Terciario (universitario)
Fecha 1º consulta: dd/mm/aaaa: Concurrer: Sola En pareja

Para completar por el profesional actuante:

Antecedentes familiares:

Oncológicos: No Si Utero Mama Ovario [Primer grado Segundo grado]
Cardiovasculares: No Si HTA Enferm. Coronaria Otros:
Neurológicos: No Si, Cual/es:
Metabólicos: No Si DBT Dislipemias Otros:
Hematológicos: No Si, Cual/es:
Otras:

Antecedentes personales:

Tabaquismo: No 1 - 19 diarios > 20 diarios
Hipertensión: Leve (140-159/90-99) Moderada (160-179/100-109) Severa (>180/>110)
Enf. Metabólicas: No Si, cual/es:
Enf. Cardiovasculares: No Si, cual/es:
Enf. Neurológicas: No Si, cual/es:
Enf. Oncológicas: No Si, cual/es:
Otras:
Menarca: Ritmo menstrual: FUM:
Abortos: Espontáneo Complicado Ninguno Otros
Edad de IRS: N° de parejas sexuales (desde IRS hasta la fecha):
Antec. MAC: Met. Naturales ACO Inyectable Preservativo Diafragma
 Espermicida DIU Ninguno Otros:

Tildar lo que corresponda



Obra Social del Personal Administrativo
y Técnico de la Construcción y Afines

Hoja 1/2

