


**MEMOLI, FLORENCIA**  
**IOMA 2332089342/00**

Se solicita autorización para Tratamiento de alta  
complejidad FIV-ICSI con semen propio.

Módulo Alta Kit A

  
HALITUS INSTITUTO MEDICO S.A.  
DR. AGUSTIN PASQUALINI  
M.N. 102009

Diagnóstico: Factor femenino

16/06/2022



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA

### Datos del Socio Titular

Apellido y Nombre:	MEMOLI, FLORENCIA		
Conyuge:	BORELLO, SANTIAGO		
Obra Social:	IOMA	Nº de Socio:	2332089342/00
Domicilio particular:	Del pampa 210		
Teléfono particular:	Tel. móvil: 23255680766		
E-mail:	florenciapaulamemoli@gmail.com		

## Resumen de Historia Clínica

Fecha de primer consulta: 29/07/2016

Esterilidad: Secundaria (misma pareja)

Tiempo de evolución: 5,17 años

### Antecedentes femeninos

Edad: 34 años    Emb: 1    Partos: 0    Abortos: 1  
Cesareas: 0    Ectópico: 0

Ella de 34 años de edad. El de 40 años de edad. Presentan esterilidad secundaria (G1Ab1) de 5 años de evolución. Ella tiene antecedentes de hipofisectomía total por tumor hipofisario con reemplazo hormonal. polipectomía histeroscópica 2018. El sin antecedentes de jerarquía. Realizaron una estimulación para RSP con beta negativa y luego reintentaron pero por hiperestimulación se convirtió el ciclo a ICSI (particular) con ET de un blasto que finalizó en embarazo pero se abortó espontáneamente antes de semana 12. Estimulación con Menopur 150 día por medio-diario. El último ciclo fue a fines 2020. Se indica Tratamiento de alta complejidad FIV-ICSI con semen propio. Se encuentra en seguimiento con nutricionista. La paciente tiene tratamiento autorizado, se encontraba realizando estudios, dado que el aborto había sido reciente y por dicho motivo el tratamiento se vió pospuesto durante varios meses, retomándose el mismo a la fecha.

Estudios realizados	Fecha	Resultado
Perfil Hormonal	01/03/2021	HAM: 15
		T4 libre: 1,81
Histerosalpingografía	27/06/2018	T. Der.: Normal
		T. Izq.: Normal
PAP	03/08/2020	Negativo
ECO Mamaria	10/08/2020	BR2
Cultivo de Flujo Vaginal	15/03/2021	Negativo
Serología	01/03/2021	HIV: Negativo    HBsAg: Negativa HCVAc: Negativa    VDRL: Negativa Toxoplasmosis IgG: Negativo Toxoplasmosis IgM: Negativo CMV IgG: Positivo    CMV IgM: Negativo Rubeola IgG: Positivo Rubeola IgM: Negativo    Chagas: Negativo

**Antecedentes masculinos**

Edad: 40 años

Paciente de 40 años de edad cursando esterilidad secundaris de 5 años de evolución asociado a factor femenino. Sin antecedentes de jerarquía. No presenta antecedentes de relevancia. Se indica Tratamiento de alta complejidad FIV-ICSI con semen propio.

Estudios realizados	Fecha	Resultado
Espermograma	28/10/2020	Concentración: 32.000.000 mill/ml
		Móviles Progresivos (PR)%: 26,0 %
		Morfología de Kruger: 2 %
Test de túnel	11/03/2021	Fragmentación de ADN: 11 %
Swim UP	28/10/2020	Concentración Final: 9.600.000 /ml
Serología	16/10/2020	HTO: 42 % Hb: 13,9 mg/dl HIV (H): Negativo HBsAg (H): Negativo HCVAc (H): Negativo VDRL (H): Negativo
Cariotipo Masculino	18/05/2021	46 XY

**Tratamientos Realizados (indicar procedimientos y fechas):**

Nº IIU realizadas:	0	Fecha/s:	
Nº FIV/ICSI:	2	Fecha/s:	2019-2020 (otro centro)
Nº OD previas:	0		Nº Transfer de Crio previas

Diagnóstico: Factor Femenino

Factor Femenino: Si

Factor Masculino: No

Tratamiento sugerido:

**Tratamiento de alta complejidad FIV-ICSI con semen propio**

Origen del Semen : Semen eyaculado

**Prescripción farmacológica: Alta Kit A**

Gonal-F 300UI amp x 3 cajas (tres) (FSH recombinante) -  
Cetrotide 0,25mg amp x 3 cajas (tres) (cetrotorelix) -  
Ovidrel 250mcg amp x 1 caja (uno) (HCG recombinante) -  
Utrogestan 100mg x 30 comp x 6 cajas (seis) (progesterona micronizada)

Firma y sello profesional: 16/06/2022

HAUTUS INSTITUCION MEDICA  
Dr. AGUSTIN PASQUALIN  
M.N. 102305

**AUTORIZACION DE COBERTURA PARA:  
FERTILIZACION ASISTIDA CABA MODULO II A ( FERTILIZACION  
ASISTIDA)**

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y PROFESIONAL SOLICITANTE:**

**PRESTADOR:** HALITUS

**PROFESIONAL:** PASQUALINI AGUSTIN

**MATRICULA:** 102009

**DATOS DEL AFILIADO:**

**NOMBRE Y APELLIDO:** MEMOLI FLORENCIA PAULA

**EDAD:** 33

**NUMERO AFILIADO:** 233208934200

**SEXO:** F

**DOMICILIO:** MORENO 715

**TELEFONO:** 02325-15680766

FIRMA, ACLARACION Y Nº DE DOCUMENTO AFILIADO O TERCERO

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL:**

FACTOR OVARICO

**VALOR AUTORIZADO:** \$ 53,856.00

**CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y**

**NOTA ACLARATORIA**

Por la presente se deja constancia que por resol. Nº5343/15 - Nº1333/17 del Directorio se autoirza la práctica citada exclusivamente al afiliado de referencia.

Requisitos de facturación: Factura original B o C, duplicado y triplicado con firma y sello del responsable y destinatario de la autorización ; Autorización original firmada y sellada por IOMA

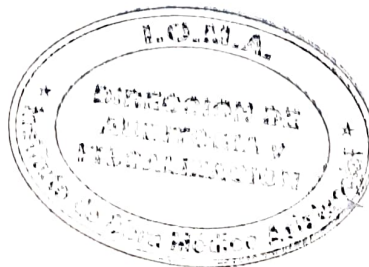
Nota de conformidad del afiliado por la prestación recibida con firma, aclaración y nº de documento; Informe de la practica efectuada;

Protocolo del procedimiento realizado. Puede presentar la facturación en forma conjunta de todos los af. Obligatorios. Al igual que todos los afil. Voluntarios en otra facturación.

A requerimiento de la D.G.A. y contaduría general de la provincia. Debe adjuntarse fotocopia de monotributo, ingresos brutos y constancia de Afip.

Validez de la presente autorización 1 año, transcurrido dicho periodo deberá iniciarse nuevo trámite con estudios actualizados

Dra. FUENTES MARTA EUGENIA  
Auditoría Médica  
IOMA Central



DRA. SILVIA F. MARTIN  
DIRECTORA DE AUDITORIA Y  
FISCALIZACION MEDICA AMBULATORIA

**FIRMA Y SELLO DIRECCION AUDITORIA  
Y FISCALIZACION MEDICA AMBULATORIA**