

HISTORIA CLINICA DE FERTILIZACION ASISTIDA

NOMBRES _____

APELLIDOS _____

DNI _____ EDAD _____ FECHA NAC _____

N° AFILIADO _____

TELEFONO _____ MAIL _____

FECHA DE PEDIDO DE TRATAMIENTO _____

TRATAMIENTOS ANTERIORES (completa medico) Ya sea de baja complejidad o alta

<u>Fecha</u>	<u>IIU/ICSI/FIV/TRANSFERENCIA</u>	<u>RESULTADO</u>

N° DE TRATAMIENTO ACTUAL _____

CAUSA DE INFERTILIDAD: marque con una (X)

FEMENINA _____ MASCULINA _____ MIXTA _____

TRATAMIENTO PROPUESTO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE _____

FIRMA Y ACLARACION PACIENTE _____

INFORMACION FEMENINA

EDAD: _____ GESTAS: _____

Todos los estudios no deben superar los **seis meses** de antigüedad, a excepción de la MX; ECO MAMARIA , PAP Y COLPO aceptable con **un año** de antigüedad.

<u>ESTUDIO</u>	<u>FECHA</u>	<u>RESULTADO</u>
HORMONAL		
SEROLOGIAS		
ECOGRAFIA TV		
PAP – COLPO		
CULTIVO DE FLUJO		
HSG		
ECGRAFIA MAMARIA		
MAMOGRAFIA		

Información masculinaEDAD _____

<u>ESTUDIO</u>	<u>FECHA</u>	<u>RESULTADO</u>
ESPERMOGRAMA		
SEROLOGIAS		
COMPLEMENTARIOS		

FIRMA Y DEL MEDICO TRATANTE _____

FIRMA PACIENTE _____

MEDICACION

<u>Medicación</u>	<u>Dosis</u>	<u>Cantidad</u>

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE _____

FIRMA PACIENTE _____