

PRESUPUESTO PARA INSEMINACIÓN INTRAUTERINA (IIU)

*PACIENTE : ${name}*

*EXAMEN : ${descripcion}*

*FECHA : ${date}*

MÉDICO TRATANTE: DR. ENRIQUE VILLAJULCA SRA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Control Ovulatorio** |  | **S/.600.00** |
| Monitoreo Ecográfico Ovulatorio  2. **Capacitación Espermática** |  | **S/. 600.00** |
| 1. **Honorarios Médicos** 2. **Hormonas:** | **APROX.** | **S/. 900.00**  **S/. 800.00** |

El tipo y dosis de medicamentos varían de acuerdo a su edad y respuesta ovárica frente al estímulo hormonal, lo cual es manejado exclusivamente por su médico tratante

*El presente presupuesto tiene una vigencia de* ***TRES MESES*** *y corresponde de un* ***solo intento.***

..............................................

Asesoría Fertivida