

Nº DE AFILIADO:FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO:TEL:.....

DIAGNOSTICO:Nº DE CICLO:

RESUMEN HISTORIA CLINICA:

TRATAMIENTOS PREVIOS:

Tipo de tratamiento:

- En otro centro Cuales: Fecha de realización:

- Centro de prescriptor Cuales: Fecha de realización:

Patologías oncológicas: SI NO Detallar que clase de patología:.....

TIPO DE TRATAMIENTO:

Estudios Complementarios:

COLUMNA DE ANEXINA SI NO
 TESE SI NO

Baja complejidad:

ESTIMULACIÓN OVÁRICA SI NO
 INSEMINACIÓN INTRAUTERINA SI NO

Alta complejidad:

ICSI SI NO
 FIV SI NO
 OVODONACIÓN SI NO
 CRIOPRESERVACIÓN O VITRIFICACIÓN DE EMBRIONES SI NO
 TRANSFERENCIA Y DESVITRIFICACIÓN DE EMBRIONES CREOPRESERVADOS SI NO
 CRIOPRESERVACIÓN DE ÓVULOS SI NO
 CRIOPRESERVACIÓN DE ESPERMATOZOIDES SI NO
 CRIOPRESERVACIÓN DE OVARIOS SI NO
 BANCO DE SEMEN SI NO

ESQUEMA TERAPEUTICO SOLICITADO

Droga	Dosis	Fecha de Aplicación	Intervalo	Nº de Ciclos

FECHA PRÓXIMO TRATAMIENTO: / /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA MÉDICO AUDITOR

Fecha de prescripción: / /