

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Fecha / / | Delegación

DATOS DEL AFILIADO

Nombre/s y Apellido/s

Edad | Fecha de nacimiento / /

Tipo y N°/Doc.

Domicilio | Código postal

Localidad | Provincia

Celular | Correo electrónico

MÉTODO INDICADO¹

1. Hormonal Oral Inyectable Transdérmico

Principio Activo - DCI Marca comercial recomendada

2. DIU (dispositivo intrauterino con cobre) Un dispositivo cada 5 años

Modelo

3. DIU hormonal (dispositivo intrauterino con liberador de Levonogestrol) Un dispositivo cada 5 años

Marca

4. Implante subdérmico Un dispositivo cada 3 años

Marca comercial recomendada

RESUMEN MÉDICO

(1) De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 2° de la Ley 25.649, toda receta o prescripción médica deberá consignar de manera obligatoria el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional (DCI), seguido de su forma farmacéutica, concentración y dosis correspondiente.

Asimismo, según el Artículo 2° del Decreto 63/2024, el farmacéutico, cuando en la receta se sugiera una marca comercial, tendrá la obligación, a pedido del consumidor, de sustituirla por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades que el prescripto.

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro haber recibido información clara y suficiente, y comprender que, al elegir voluntariamente un método anticonceptivo de larga duración cubierto por IOSFA, como el DIU de cobre, SIU con liberación de levonorgestrel (hasta 5 años) o el implante subdérmico (hasta 3 años): acepto su colocación y duración.

Entiendo que, durante su vigencia, IOSFA no brindará cobertura para ningún otro método anticonceptivo de larga duración ni para tratamientos anticonceptivos farmacológicos, cualquiera sea su vía de administración (oral, transdérmica o inyectable). Reconozco que esta disposición se mantendrá vigente por el período correspondiente al método elegido

Firma y aclaración del afiliado/a

Datos del profesional:

Nombre y apellido:

Especialidad:

Tipo y N° de matrícula:

Institución/Domicilio consultorio:

Firma y sello del médico