

O.S.P.C. y D.  
Obra Social Personal de Carga y Descarga

R.N.O.S. N° 1-0340 - ANSES 10340-2  
C.U.I.T. N° 30-64157861-0 - E-Mail : [estibaros@hotmail.com](mailto:estibaros@hotmail.com)

Cochabamba 1635 - C1148ABE - Ciudad de Bs. As.  
Tel. 011 4304-5484/8358 - Telefax 011 4305-5095

LEY 25.673 /02

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE

FICHA GINECOLOGICA

FECHA:.....

Datos de la afiliada

NOMBRE Y APELLIDO:.....  
N° DE BENEFICIARIA:.....  
EDAD:.....  
DIRECCION Y TELEFONO:.....  
LOCALIDAD/ PROVINCIA.....  
ESTADO CIVIL.....

Gestas.....Paridad.....Cesáreas.....Abortos.....  
Edad de inicio de relaciones sexuales:.....Menarca:.....

Tipo de método anticonceptivo aconsejado (marque con una X):

- > Dispositivo Intrauterino- DIU
- > Anticonceptivo oral (según Formulario Terapéutico Nacional)

Fórmula:.....

Nombre comercial:.....

- > Anticonceptivos inyectables
- > Preservativo

INFORME DE PAPANICOLAOU.....  
.....  
.....

INFORME COLPOSCOPICO.....  
.....  
.....

EXAMEN MAMARIO.....  
.....  
.....

Datos del médico

FIRMA Y SELLO MEDICO:

SANATORIO EN DONDE SE REALIZO LA PRESTACION:

Nota: el presente formulario tiene validez de cobertura al 100%, con receta mes a mes, por un año a partir de la fecha mencionada  
Para renovar la cobertura deberá completarse nuevamente.