

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apellido y nombre:	DNI:
Domicilio:	Fecha de nacimiento:
Localidad:	Tel:
Mail:	

Por el presente, YO, manifiesto que he adoptado la decisión de ingresar al Programa de Salud Reproductiva instrumentado por la Obra Social del Personal de la Industria de la Alimentación (OSPIA) en forma libre y voluntaria, sin que se me haya ejercido ningún tipo de presión sobre mi persona por parte de la Obra Social.

Manifiesto que la Obra Social me ha brindado toda la información necesaria a través del personal actuante en este acto médico, habiéndose explicado, con claridad, cuáles son los métodos anticonceptivos actuales, sus riesgos y beneficios, de acuerdo con mis antecedentes, historia clínica, examen físico y exámenes complementarios que se me han efectuado.

En base a tales datos, el medico actuante ha recomendado el método anticonceptivo que más beneficios me brindara y que acepto recibir.

Manifiesto haber tenido a mi disposición todos los medios necesarios para aclarar las dudas que me hayan surgido y que, la información que he recibido ha sido clara y completamente comprendida por mí.

Por la presente autorizo a la Obra Social a realizar controles y exámenes complementarios a que estiman correspondan, según la evidencia y literatura médicas existentes, para realizar u control y seguimiento adecuados que minimicen los riesgos de efectos secundarios y complicaciones, o permitan el diagnóstico precoz que el método seleccionado pudiera ocasionar.

Autorizo a la Obra Social, y a los médicos designados por esta, a tratar los efectos adversos, complicaciones o situaciones imprevistas que pudieran ocurrir, mediante la realización de procedimientos y tratamientos adicionales.

Desligo de toda responsabilidad a la Obra Social y a sus profesionales por cualquier efecto adverso y/o complicación que pudiera producirse por el no seguimiento de las indicaciones médicas impartidas o el no cumplimiento de los controles o estudios de seguimientos indicados, como aso también por los efectos adversos y complicaciones que resulten inherentes al método seleccionado que haya sido debidamente informados, o no, por el laboratorio correspondiente.

Reconozco que no se me ha dado garantías o seguridades respecto de los resultados que se esperan del método seleccionado.

Confirmo que, una vez leído y comprendido todo lo anterior, todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma.

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, riesgos, y alternativas del procedimiento propuesto, me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las inquietudes expuestas. Considero que la paciente comprende completamente todo lo explicado y contestado, y de acuerdo con sus antecedentes, examen físico y estudios complementarios realizados se encuentra en condiciones de emplear el siguiente método anticonceptivo recomendado.

FIRMA ACLARACION Y DNI PACIENTE:

FIRMA ACLARACION DNI TUTOR / RESPONSABLE (menores de 16 años):

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:

FECHA:

2. HISTORIA CLINICA

Nombre y apellido:	Edad:
DNI:	Fecha de nacimiento:
Estado civil:	

¿Mantiene relaciones sexuales?	
SI	
NO	

¿Con qué frecuencia?	
Una vez por semana	
Más de una vez por semana	
Una vez al mes	
Eventualmente	

¿Cuántos embarazos ha tenido?

¿Alguna vez utilizó métodos anticonceptivos? NO / SI ¿Cuáles?

¿Actualmente utiliza métodos anticonceptivos? NO / SI ¿Cuáles?

EXAMEN FÍSICO

ANTECEDENTES PATOLOGICOS/ FACTORES DE RIESGO

	SI	NO
HTA		
HTA GESTACIONAL		
TOXEMIA GRAVÍDICA		
ANEMIA CRÓNICA		
DIABETES		
DISLIPIDEMIA		
TROMBOFLEBITIS		
STROKE		
OBESIDAD		
SINDROME VARICOSO		
ENFERMEDADES HEPÁTICAS		
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR		
FIBRODISPLASIA MAMARIA		
TABAQUISMO		

	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCION
EXAMEN MAMARIO FECHA:(.....)			
EXAMEN GINECOLÓGICO FECHA:(.....)			

NEOPLASIAS:

	SI	NO
De cuello uterino		
Endometrio		
Mama		

LESIONES ETS:

	SI	NO
HPV		
HERPES		
SIFILIS		
GONOCOCIA		
OTROS		

- PAP: CLASE:
- Colposcopia:

	NEGATIVO	POSITIVO
CLAMIDIAS		
MICOPLASMA		
UREAPLASMA		

	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCION
MAMOGRAFÍA FECHA:(.....)			
ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA FECHA:(.....)			

EXAMENES COMPLEMENTARIOS	
DETERMINACION	RESULTADO
Hemograma	
Eritrosedimentación	
Glucemia	
Urea	
Creatinina	
Hepatograma	
Orina completa	
Resultado test de embarazo	
Otro	

FECHA:

Firma y sello medico: