

Todos los campos del presente formulario deben ser completados de manera obligatoria

Nombre y apellido .....  
N° de afiliado/a ..... DNI: ..... Teléfono .....  
Domicilio ..... E-mail .....  
Fecha de nacimiento ..... Edad .....

### ANTECEDENTES PERSONALES

#### 1 - Antecedentes Tocoginecológicos

Embarazos:	Partos/Cesáreas:	Abortos:
Resultado y Fecha del último PAP		
Resultado y Fecha de Último Control Mamario		
Endometriosis		
Miomatosis Uterina		
Cáncer de Mama Tratamiento Actual:	Fecha de diagnóstico:	
	Fecha de inicio tratamiento:	
Posparto Actual con Lactancia Materna	Hasta 6 semanas posparto	
	6 semanas a 6 meses lactancia exclusiva	
	Mayor a 6 meses	
Posparto Actual sin Lactancia Materna	Menor a 3 semanas	
	Mayor a 3 semanas	
Otros de Importancia para la ECO		

#### 2 - Enfermedad Cardiovascular

HTA:	Medicación:
Enfermedad Isquémica Coronaria	
Valvulopatía Cardíaca Complicada (HTA, FA, Antecedentes de Endocarditis):	
Trombofilia:	¿Cuál?
Trombosis Venosa Profunda:	
Tromboembolismo Pulmonar:	
Anticoagulación:	
Dislipemia Diagnosticada:	
Tabaquismo - Menos de 15 Cigarrillos/DIA	Tabaquismo - Más de 15 cigarrillos/DIA

#### 3 - Enfermedades Endócrinas y Autoinmunes

DBT:	Neuropatía:	Retinopatía:	Nefropatía:	Otra:
DBT Mayor de 20 años de evolución:				
Lupus Eritematoso Sistémico:	Enfermedad Activa:			
Otros de Importancia para la toma de ACO				

Todos los campos del presente formulario deben ser completados de manera obligatoria

**4 - Enfermedades neurológicas**

Migraña	Con Aura:
	Sin Aura:
Accidente Cerebro Vascular	
Otras de Importancia para la toma de ACO	

**5 - Enfermedad hepática**

Hepatitis Viral Activa:	
Colestasis:	Relacionada con la toma de ACO
Litias Vesicular Sintomática Actual:	
Tumor Hepático:	Benigno: Maligno:
Otras de Importancia para la toma de ACO	

**6 - Medicamentos concurrentes**

Anticonvulsiantes:	Principio Activo:
Rifampicina:	
Griseofulvina:	
Isotretinoína	
Antirretrovirales:	Principio Activo:
Otras de Importancia para la toma de ACO	

**7 - Otra Patología a destacar en relación a la toma de los ACO**

Detallar:
-----------

**EXAMEN FÍSICO Y DE LABORATORIO**

TA:				
Peso:		Talla:		
Ultimo Laboratorio		Fecha:		
Glucemia:	TP:	KPTT:	Colesterol:	Triglicéridos:
BT:	GOT:	GPT:	Creatinina:	

**Anticonceptivos Orales**

Principio Activo:	Unidad Posológica:
Marca Sugerida	
Prescripción por 6 o 12 meses:	

FIRMA Y SELLO  
MÉDICO TRATANTE

FECHA

INSTITUCIÓN