

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Formulario para la cobertura de medicamentos anticonceptivos según receta adjunta



DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

N° de Socio: _____

MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

ANTECEDENTES DE SALUD

- Tumor de mama
- Coronariopatías
- Accidente Cerebrovascular (ACV)
- Tromboembolismo Pulmonar (TeP)

En caso de poseer alguno de los anteriores antecedentes, deberá presentar un justificativo médico para su evaluación.

Fecha de presentación

Firma del Afiliado/Padre/Madre o Tutor

Instrucciones de uso: Completar todos los datos en letra impresa. El formulario debe estar firmado por el afiliado que realiza la presentación. Este formulario en blanco puede ser fotocopiado.

En el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, OSDE le informa que las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el virus del SIDA, no se previenen con este método. Actúe en prevención para Ud. y su familia. Consulte con su médico.

Los datos aportados forman parte de un banco de datos de OSDE, con domicilio en L.N.Alem 1067 piso 9 CABA y serán tratados para brindar servicios a los asociados. El titular de los datos personales no se encuentra obligado a proporcionar datos sensibles. Asimismo, el titular se responsabiliza por la exactitud de los datos proporcionados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.