



**OBRA SOCIAL  
DE AGENTES DE  
PROPAGANDA  
MÉDICA  
DE LA R.A.**

## PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Apellido y Nombre:.....

Fecha de ingreso al Programa:.....

Edad:.....

Afiliado N°:.....

Domicilio:..... Localidad:..... Provincia:.....

Resúmen de Historia Clínica:.....  
.....  
.....  
.....

Estudios realizados:.....  
.....

Método indicado:.....  
.....

Plan de controles periódicos:.....  
.....

.....

Firma y sello del médico