

**INFORME MÉDICO PARA VISADO DE MEDICAMENTOS INDICADOS PARA TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

Nombre y apellidos del especialista: \_\_\_\_\_ Nº de colegiado: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Centro concertado: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de la mujer que se somete a RHA: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Entidad médica: \_\_\_\_\_ Nº de afiliación a MUFACE: \_\_\_\_\_

Existencia de hijo previo sano (en caso de pareja, hijo común, previo sano): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento pareja: \_\_\_\_\_

**CAUSA DE ESTERILIDAD:** \_\_\_\_\_

**Este informe tendrá validez para una técnica y ciclo determinados; el cambio de técnica, de nuevo ciclo o si se altera la pauta de tratamiento requerirá un nuevo informe.**

TÉCNICA	Nº MÁXIMO DE CICLOS	EDAD	Nº DE CICLO: FECHA:	Nº ENVASES
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON SEMEN DE PAREJA ..... <input type="checkbox"/>	4	Menor de 38 años	<b>MEDICAMENTOS PRESCRITOS:</b>	
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON GAMETO DE DONANTE ..... <input type="checkbox"/>	6	Menor de 40 años		
FIV CON GAMETOS PROPIOS ..... <input type="checkbox"/>	3	Menor de 40 años		
FIV CON GAMETOS DONADOS ..... <input type="checkbox"/>	3	Menor de 40 años		
TRANSFERENCIA PREEMBRIONES CONGELADOS PROPIOS ..... <input type="checkbox"/>	-	Menor de 50 años		
TRANSFERENCIA PREEMBRIONES CONGELADOS DE DONANTE ..... <input type="checkbox"/>	-	Menor de 40 años		

Lugar, fecha y firma del Facultativo:

**Informe del Asesor Médico:**

**Favorable**

**Desfavorable por**