



Chequera de embarazo

Esta chequera pertenece a:

.....

Cel: N° Chequera:





Cómo usar tu chequera?



Ados Central
297- 4354183



Ados Central
297- 4471802



Consultorios Externos
297- 4354183



Consultorios Externos
297- 4461388

Esta chequera es única e intransferible, contiene los controles, análisis y ecografías que debés realizarte durante el embarazo.

Llévala con vos cada vez que concurras al control junto con tu credencial.

Es muy importante que la práctica que te vayas a realizar esté sellada por tu Obra Social Ados Comodoro Rivadavia.

Acá vas a encontrar todos los controles de embarazo para cuidarte y acompañar el crecimiento de tu bebé.

Ados te brinda cobertura al 100% mediante el PMI con prestadores y farmacias convenidas.

Las recetas por medicamentos que te prescriba tu médico deben estar selladas por la Obra Social para su cobertura.

Si tenés una urgencia médica que ponga en riesgo tu embarazo dirigitte a la guardia mas cercana de nuestros Centros de Atención convenidos.

Ante cualquier duda o consulta asistí a Ados Central o usá nuestros canales de comunicación.



Cobertura Plan Materno Infantil (PMI):

Se brindará cobertura al 100% a la mujer, durante el embarazo y el parto a partir de la presentación, en Ados, del certificado de embarazo, y hasta el primer mes luego del nacimiento, de las patologías inherentes al embarazo, parto y puerperio.

Cobertura al 100% para la atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, tanto en internación como en ambulatorio y exceptuado del pago de todo tipo de coseguros para las atenciones y medicaciones específicas.

Esta cobertura comprende:

Embarazo y parto: consultas, medicamentos y estudios exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, otro tipo de prácticas tendrá la cobertura que rige al PMO.

Infantil: Se cubrirá durante el primer año de vida al 100% las consultas de seguimiento, control y medicamentos que sean inherentes a la condición clínica a tratar.

A fin de estimular la lactancia materna no se cubrirá las leches maternizadas o de otro tipo, salvo indicación médica, con evaluación de auditoría médica.



Talón para la paciente

Laboratorio General
1º Control de Embarazo

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Primer Control Embarazo

Antes de la semana 13
del Embarazo

Laboratorio General



Control de embarazo

Semanas:

Hemograma Completo

Orina Completa

Uremia

Glucemia

Subunidad β HCG

Otro

Nombre y apellido:

DNI:

Hospital o Centro de Salud:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Laboratorio Infectológico
1° Control de Embarazo

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Primer Control Embarazo

Antes de la semana 13
del Embarazo

Laboratorio Infectológico



Control de embarazo

Fecha:

Semanas:

Urocultivo

VDRL

HIV

Otro

Toxoplasmosis

Chagas

HBsAg

.....

.....

Autorizo realizar TEST ELISA para HIV

Nombre y apellido:

DNI:

Hospital o Centro de Salud:

Cel:

.....

Firma y Aclaración Paciente

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Laboratorio Hematológico
1º Control de Embarazo

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Primer Control Embarazo

Laboratorio Hematológico



Control de embarazo

Fecha:

Semanas:

Solicito Grupo y Factor Sanguíneos.

Si la paciente ya lo presenta documentado, no es necesario volver a solicitarlo.

Nombre y apellido:

DNI:

Hospital o Centro de Salud:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Interconsulta Odontológica 1º Control de Embarazo

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones odontológicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Primer Control Embarazo

Interconsulta Odontológica



Control de embarazo

Semanas:

Fecha:

Solicito Interconsulta Odontológica

Nombre y apellido:

DNI:

Hospital o Centro de Salud:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Ecografía Obstétrica
1º Control de Embarazo

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Primer Control Embarazo

Antes de la semana 20
del Embarazo

Ecografía Obstétrica



Control de embarazo

Fecha:

Semanas:

Solicito Ecografía Obstétrica

Diag:

En caso de revestir urgencia aclarar diagnóstico

PROGRAMADA

URGENTE

Nombre y apellido:

DNI:

Hospital o Centro de Salud:

Edad Materna:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Laboratorio General 2° Trimestre

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Segundo Trimestre

Antes de la semana 20
del Embarazo

Laboratorio General



Control de embarazo

Semanas:

Hemograma Completo

Proteinuria 24 hs.
si presenta factores de
riesgo para HTA.

Nombre y apellido:

Hospital o Centro de Salud:

Orina Completa

PTGO (P75)
Prueba de Tolerancia
Oral a la Glucosa

Fecha:

Uremia

Glucemia

Otro

DNI:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Ecografía Obstétrica
+ Scan Morfológico
2º Trimestre

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

Firma y Sello

Segundo Trimestre
Antes de la semana 20
del Embarazo

Ecografía Obstétrica
+ Scan Morfológico



Control de embarazo

Semanas:

Solicito Ecografía Obstétrica..+ Scan Morfológico

En caso de revestir urgencia aclarar diagnóstico

PROGRAMADA

URGENTE

Nombre y apellido:

Hospital o Centro de Salud:

Fecha:

Diag:

DNI:

Edad Materna:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Laboratorio General 3° Trimestre

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Tercer Trimestre

Antes de la semana 32
del Embarazo

Laboratorio General



Control de embarazo

Semanas:

Hemograma Completo

Proteinuria 24 hs.
si presenta factores de
riesgo para HTA.

Nombre y apellido:

Hospital o Centro de Salud:

Orina Completa

PTGO (P75)
Prueba de Tolerancia
Oral a la Glucosa

Fecha:

Uremia

Glucemia

Otro

DNI:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Laboratorio Infeccioso
3° Trimestre

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Tercer Trimestre

Antes de la semana 32
del Embarazo

Laboratorio Infeccioso



Control de embarazo

Semanas:

Muestra de:

Exudado Vaginal

Nombre y apellido:

Hospital o Centro de Salud:

.....

Firma y Aclaración Paciente

Fecha:

Exudado Perianal

DNI:

Edad Materna:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Ecografía Obstétrica 3º Trimestre

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Tercer Trimestre
Semana 24
del Embarazo

Ecografía Obstétrica



Control de embarazo

Semanas:

Solicito Ecografía Obstétrica

En caso de revestir urgencia aclarar diagnóstico

PROGRAMADA

URGENTE

Nombre y apellido:

Hospital o Centro de Salud:

Fecha:

Diag:

DNI:

Edad Materna:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Primer Trimestre

Consulta Obstétrica



Consulta Obstétrica

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....
.....
.....

.....

Firma y Sello

Control de embarazo

Semanas:

42.01.05 Consulta Obstétrica



Nombre y apellido:

Hospital o Centro de Salud:

Fecha:

DNI:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Segundo Trimestre

Consulta Obstétrica



Consulta Obstétrica

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....
.....
.....

.....

Firma y Sello

Control de embarazo

Semanas:

42.01.05 Consulta Obstétrica



Nombre y apellido:

Hospital o Centro de Salud:

Fecha:

DNI:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Segundo Trimestre

Consulta Obstétrica



Consulta Obstétrica

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....
.....
.....

.....

Firma y Sello

Control de embarazo

Semanas:

42.01.05 Consulta Obstétrica



Nombre y apellido:

Hospital o Centro de Salud:

Fecha:

DNI:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Tercer Trimestre

Consulta Obstétrica



Consulta Obstétrica

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Control de embarazo

Semanas:

42.01.05 Consulta Obstétrica



Nombre y apellido:

Hospital o Centro de Salud:

Fecha:

DNI:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Tercer Trimestre

Consulta Obstétrica



Consulta Obstétrica

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Control de embarazo

Semanas:

42.01.05 Consulta Obstétrica

Nombre y apellido:

Hospital o Centro de Salud:

Fecha:

DNI:

.....

Firma y Sello



Talón para la paciente

Recetario Plan Materno

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Recetario Plan Materno



Nombre y apellido:

DNI:

Fecha:

Edad Materna:

Fecha de Dispensa:

Prescripción Genérica

Cantidad

.....

.....

.....

.....

Afiliado: % \$

ADOS: % \$

.....
Firma y Aclaración Paciente

.....
Firma y Sello Médico

.....
Firma y Aclaración Farmacéutico



Talón para la paciente

Recetario Plan Materno

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Recetario Plan Materno



Nombre y apellido:

DNI:

Fecha:

Edad Materna:

Fecha de Dispensa:

Prescripción Genérica

Cantidad

.....

.....

.....

.....

Afiliado:%\$

ADOS:%\$

.....
Firma y Aclaración Paciente

.....
Firma y Sello Médico

.....
Firma y Aclaración Farmacéutico



Talón para la paciente

Recetario Plan Materno

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Recetario Plan Materno



Nombre y apellido:

DNI:

Fecha:

Edad Materna:

Fecha de Dispensa:

Prescripción Genérica

Cantidad

.....

.....

.....

.....

Afiliado:%\$

ADOS:%\$

.....
Firma y Aclaración Paciente

.....
Firma y Sello Médico

.....
Firma y Aclaración Farmacéutico



Talón para la paciente

Recetario Plan Materno

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Recetario Plan Materno



Nombre y apellido:

DNI:

Fecha:

Edad Materna:

Fecha de Dispensa:

Prescripción Genérica

Cantidad

.....

.....

.....

.....

Afiliado:%\$

ADOS:%\$

.....
Firma y Aclaración Paciente

.....
Firma y Sello Médico

.....
Firma y Aclaración Farmacéutico



Talón para la paciente

Recetario Plan Materno

Fecha:

Tu Control de embarazo

Semanas:

Observaciones médicas:

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello

Recetario Plan Materno



Nombre y apellido:

DNI:

Fecha:

Edad Materna:

Fecha de Dispensa:

Prescripción Genérica

Cantidad

.....

.....

.....

.....

Afiliado:%\$

ADOS:%\$

.....
Firma y Aclaración Paciente

.....
Firma y Sello Médico

.....
Firma y Aclaración Farmacéutico



Que trámites debes realizar?

**Para la incorporación de la madre al PMI,
se deberá presentar el certificado de embarazo con la fecha
de la última menstruación y la fecha probable de parto.**

**Para la incorporación del recién nacido, se deberá solicitar
el alta del niño en el grupo familiar.**

**Ambos trámites se efectúan en la Sede Central de
Ados Comodoro Rivadavia- Hipólito Irigoyen N° 387.**

