Mutua Universal | Mugenat. Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 10

INFORME MÉDICO INICIAL DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD

(A cumplimentar por médico de atención primaria o ginecólogo del Sistema Público de Salud)

Sello de entrada de Mutua Universal

Con el fin de poder admitir la solicitud de Certificación Médica de Riesgo durante el embarazo, rogamos haga constar la información solicitada D./Dña. _____ médico del Servicio Público de Salud de _____, Colegiado núm _____ médico de atención primaria/especialista que asiste habitualmente a Dª._____ que se encuentra en situación de embarazo .

C E R T I F I C A que en la actualidad la gestante:

☐ **SÍ** presenta alguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo del siguiente listado.

(A modo de ejemplo, se consideran riesgos obstétricos que incapacitan para trabajar):

- ☐ Hiperemesis en fase aguda.
- ☐ Mareos matutinos en fase aguda.
- ☐ Anemia con Hb< 9 g/dl.
- ☐ Crecimiento intrauterino retardado severo.
- ☐ Amenaza de aborto.
- ☐ Amenaza de parto prematuro.
- ☐ Preeclampsia: edema gestacional severo.
- ☐ Preeclampsia: proteinuria severa.
- ☐ Preeclampsia: HTA severa.
- ☐ Agravación severa de enfermedades previas al embarazo.
- ☐ Varices en fase aguda.
- ☐ Hemorroides en fase aguda.
- ☐ Lumbalgia en fase aguda.
- ☐ Embarazo múltiple con riesgo.
- ☐ Otros. Enfermedades que puedan descompensarse en esta situación de embarazo (LES, E. Crohn.....)

☐ **NO** presenta ninguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo del anterior listado.

La edad gestacional es de: _____ semanas. La fecha prevista de parto es: ____ / ____ / _____.

Y para que así conste en _____ a _____ de _____ de 20__

Firma y sello del Facultativo