

Informe médico inicial del Servicio Público de Salud

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

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 D^a..... 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 dede 20...

Firma y sello del Facultativo