

INFORME MÉDICO

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

D. Dña. _____

médico del Servicio Público de Salud de _____

Colegiado núm. _____ especialista en _____ que asiste habitualmente

a D^a _____ que se encuentra en situación de:

Embarazo

Lactancia natural

Certifica:

1. En caso de embarazo (marque lo que proceda)

A) Sí presenta la gestante alguna patología asociada a su embarazo del siguiente listado.

- Hiperemesis en fase aguda.
- Mareos matutinos en fase aguda.
- Anemia con Hb < 9g/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.
- Antecedentes reproductivos.
- Otros.

B) No presenta la gestante ninguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo.

La edad gestacional es de _____ semanas.

La fecha prevista del parto es _____

2. En caso de lactancia natural

Que el hijo está recibiendo lactancia materna en el momento actual.

Que el hijo no recibe lactancia materna desde la fecha _____

Y para que conste firmo en _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del médico

D. Dña.

Colegiado núm.