

INFORME MÉDICO INICIAL DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD / GINECÓLOGO

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SELLO DE ENTRADA

Nº de expediente:

Con el fin de poder admitir la solicitud de Certificación médica de Riesgo durante el embarazo, rogamos haga constar la información solicitada.

D/Dña _____, nº de colegiado/a _____,

Médico/a del Servicio Público de Salud

Ginecólogo/a

Confirmando que la paciente _____ pertenece a mi cupo / asiste habitualmente a mi consulta, y se encuentra en situación de embarazo.

Certifico que:

SÍ presenta la gestante 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

Anemia con Hb < 9 g/dl

Crecimiento intrauterino retardado

Amenaza de aborto

Amenaza parto prematuro

Preeclampsia: edema gestacional severo

Preeclampsia: proteinuria 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 previas o que puedan descompensarse en situación de embarazo LES, Crohn...). Indicar cuáles: _____

La gestante presenta otra patología no asociada al embarazo.

Indicar cuál: _____

NO presenta la gestante ninguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo del anterior listado, presentando hasta la fecha una evolución normal.

■ Edad gestacional (en semanas): _____

■ Fecha prevista de parto: ____ / ____ / ____

Firma y sello del facultativo

En _____ a _____ de _____ de 20____

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo

La cumplimentación de todos los campos es obligatoria para la tramitación de la su solicitud

Información básica sobre privacidad

El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la tramitación y la gestión de su solicitud, el cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante una autoridad de control. + info. sobre protección de datos y sus derechos en la política de privacidad para empresas mutualistas publicada en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad>

