

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

Sr/Sra. [] médico del Servicio Público de Salud
de [], colegiado núm. [] especialista en []
que asiste habitualmente a Sra. [] 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 obstétrica y/o patología asociada a su embarazo, del siguiente listado:

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

- Hiperémesis 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: 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 de parto es [] - [] - []

2. En caso de lactancia natural

☐ Que el hijo está recibiendo lactancia natural en el momento actual

☐ Que el hijo no recibe lactancia natural desde la fecha [] - [] - []

Y para que conste, firmo en [] a [] de [] de []

Firma del médico