

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. con número de DNI 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
- Anemia con Hb < 9 g/dl.
- Amenaza de aborto
- Preeclampsia: edema gestacional severo
- Agravación severa de enfermedades previas al embarazo
- Hemorroides en fase aguda
- Embarazo múltiple con riesgo
- Otros
- Mareos matutinos en fase aguda
- Crecimiento intrauterino retardado severo
- Amenaza de parto prematuro
- Preeclampsia: HTA severa
- Varices en fase aguda
- Lumbalgia en fase aguda
- Antecedentes reproductivos

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

La edad gestacional es de semanas y días Embarazo múltiple

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