

## Informe médico inicial de risco durante o embarazo / Informe médico inicial de Riesgo durante el embarazo

Pregamos cubra este documento para a correcta xestión desta prestación  
Rogamos cumplimente este documento para la correcta gestión de esta prestación

Co fin de poder admitir a solicitude de Certificación Médica de Risco durante o embarazo da Sra. / Con el fin de poder admitir la solicitud de Certificación Médica de Riesgo durante el Embarazo de la Sra..... con DNI/NIE/Pasaporte .....  
pregamos faga constar a información solicitada / rogamos haga constar la información solicitada

Na actualidade, presenta a xestante algunha patoloxía obstétrica e/ou patoloxía asociada ao seu embarazo, presente na seguinte listaxe? / En la actualidad, ¿presenta la gestante alguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo del siguiente listado?  SI / SÍ  NON / NO

Considéranse riscos obstétricos que incapacitan para traballar: / Se consideran riesgos obstétricos que incapacitan para trabajar:

- Hiperemese en fase aguda / Hiperemesis en fase aguda
- Mareos matutinos en fase aguda
- Anemia con Hb < 9 g/dl
- Crecemento intrauterino retardado severo / Crecimiento intrauterino retardado severo
- Ameaza de aborto / Amenaza de aborto
- Ameaza de parto prematuro / Amenaza de parto prematuro
- Preeclampsia: edema xestacional severo / Preeclampsia: edema gestacional severo
- Preeclampsia: proteinuria severa
- Preeclampsia: HTA severa
- Agravamento severo de enfermidades previas ao embarazo / Agravación severa de enfermidades previas al embarazo
- Varices en fase aguda
- Hemorroides en fase aguda
- Lumbalxia en fase aguda / Lumbalgia en fase aguda
- Embarazo múltiple con risco / Embarazo múltiple con riesgo
- Outros: Enfermidades que poidan descompensarse en situación de embarazo (LES, E. Crohn, etc.).  
Indicar cal(es) /Otros: Enfermedades que puedan descompensarse en esta situación de embarazo (LES, E. Crohn...). Indicar cual/es

A idade xestacional é de: / La edad gestacional es de: ..... semanas

A data prevista de parto é: / La fecha prevista de parto es:

E para que así conste, en / Y para que así conste en , a de 20

Sinatura e selo do facultativo / Firma y sello del facultativo  
N.º de Colegiado / N.º de Colegiado