

**Informe médico inicial de Riesgo durante el embarazo**

Rogamos cumplimente este documento para la correcta gestión de esta prestación

Con el fin de poder admitir la solicitud de Certificación Médica de Riesgo durante el Embarazo de la Sra. .... con DNI/NIE/Pasaporte ..... rogamos haga constar la información solicitada

En la actualidad, ¿presenta la gestante alguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo del siguiente listado?  SI  NO

Se consideran riesgos obstétricos que incapacitan para trabajar:

- Hiperemesis 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: 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
  - Otros: Enfermedades que puedan descompensarse en esta situación de embarazo (LES, E. Crohn...).
- Indicar cual/es

La edad gestacional es de: ..... semanas

La fecha prevista de parto es: .....

Y para que así conste en ....., a..... de ..... de 20.....

Firma y sello del facultativo  
Nº de colegiado