

**Edoskitze naturalaren hasierako osasun-txostena**  
**Informe médico inicial de lactancia natural**

Osasun-zerbitzu Publikoaren Lehen Mailako arreta sendagileak edota Pediatriak betetzeko  
A complimentar por el médico de Atención Primaria y/o Pediatra del Servicio Público de Salud

andereak,

NAN/AIZ/Pasaporte zk. duenak, edoskitze naturalean zehar Arriskuaren Ziurtagiri Medikoaren eskaera onartu ahal izateko, mesedez, adierazi eskatutako informazioa

Con el fin de poder admitir la solicitud de Certificación Médica de Riesgo durante la lactancia natural de la Sra. , con DNI/NIE/Pasaporte

rogamos haga constar la información solicitada

- Hautxoaren jaioteguna: / Fecha de nacimiento del bebé:
- Langileak edoskitze naturalarekin elikatzen du bere semea? / ¿La trabajadora alimenta a su hijo con lactancia natural?  BAI / SÍ  EZ / NO
- Baiezkoan, adierazi egunean zenbat aldiz hartzen duen / En caso afirmativo, indicar número de tomas al día

Eta hala ager dadin

Y para que así conste en

(e)n

, a

(e)ko

de

ren

de

(e)an

Sendagilearen sinadura eta zigilua / Firma y sello del facultativo  
Elkargokidearen zenbakia / N.º de colegiado