

**Informe médico inicial de lactación natural / Informe médico inicial de lactancia natural**

A cubrir polo médico de atención primaria e/ou pediatra do Servizo Público de Saúde  
A cumplimentar por el médico de Atención Primaria y/o Pediatra del Servicio Público de Salud

Co fin de poder admitir a solicitude de Certificación Médica de Risco durante a lactación natural da Sra. / Con el fin de poder admitir la solicitud de Certificación Médica de Riesgo durante la lactancia natural de la Sra.

\_\_\_\_\_ con DNI/NIE/Pasaporte.. \_\_\_\_\_  
pregamos faga constar a información solicitada / rogamos haga constar la información solicitada

- Data de nacemento do bebé: / Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_
- A traballadora alimenta o seu fillo con lactación natural? / ¿La trabajadora alimenta a su hijo con lactancia natural?  SI / SÍ  NON / NO
- En caso afirmativo, indicar o número de tomas ao día / En caso afirmativo, indicar número de tomas al día \_\_\_\_\_

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

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