

A cumplimentar por el médico de atención primaria o ginecólogo del Servicio Público de Salud

Sr/Sra [redacted] médico del Servicio Público de Salud
de [redacted], colegiado núm. [redacted] especialista en [redacted]
que asiste habitualmente a Sra. [redacted] con número de DNI [redacted] 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
- 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: 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
- Antecedentes reproductivos
- Otros

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

La edad gestacional es de [redacted] semanas y [redacted] días Embarazo múltiple

La fecha prevista de parto es [redacted] - [redacted] - [redacted]

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 [redacted] - [redacted] - [redacted]

Y para que conste, firmo en [redacted], a [redacted] de [redacted] de [redacted]

Firma del médico