

ANEXO 5

INFORME MÉDICO DE POSTERGACIÓN DEL DESCANSO POR MATERNIDAD

Fecha:			
Centro Asistencial:			
Médico Ginecólogo:	CMP N°:	Reg. Especialista N°:	
Asegurada:		EDAD:	
Seguro Social de Salud N°:	DNI N°:		
TRABAJO HABITUAL:	ACTIVIDAD ECONÓMICA:		

CONDICIONES DE LA GESTACIÓN:

Formula Gestacional:	FUR:	FPP:	EG:	semanas
ALTURA UTERINA:	PLACENTA POSICIÓN:		ESTADIO:	
CANAL VAGINAL:				
CPN:	(indicar fecha de inicio y EG)	Psicoprofilaxis del Parto:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antecedentes Patológicos y Obstétricos:				

CONDICIONES DEL PRODUCTO:

GESTACION UNICA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	GESTACION MULTIPLE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N° FETOS:
POSICIÓN:			PESO:		LATIDOS FETALES:	
MORFOLOGIA:						
CONCLUSION:						

CONDICIONES LABORALES:

TRABAJO HABITUAL:	HORARIOS:	TURNOS:
RIESGOS LABORALES:		
ADAPTACIÓN AL TRABAJO:		

El Médico que suscribe hace constar que ha evaluado a la asegurada de la referencia, siendo las condiciones de la gestación y el producto:....., que permiten una adaptación plena a su trabajo habitual, por lo que se autoriza a diferir el inicio del periodo de Descanso por Maternidad hasta el

Firma y Sello: