



**Triple y Cuádruple Marcador Genético Segundo**  
Trimestre Semana 14 a la 20 Por Ultrasonido. (AFP,  
HCG TOTAL, uE3 E INHIBINA-A)

**Información clínica:**

**\*Fecha de toma de muestra:** \_\_\_\_\_

**\*Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**\*Fecha de nacimiento: día: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_ año:**

**Edad materna:** \_\_\_\_\_

**\*Peso:** \_\_\_\_\_ kg

**\*Fecha en que se calculó último US: día: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_**

**\*Semanas de gestación de último USG: \_\_\_\_\_**

Fecha de ultima menstruación FUM: día: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_

Semanas de gestación por FUM: \_\_\_\_\_

Tabaquismo: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Raza: Hispano - Latina    Caucásica – Sajona

Diabetes insulino - dependiente: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Fecundación in vitro: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

G: \_\_\_\_\_, P: \_\_\_\_\_, A: \_\_\_\_\_, C: \_\_\_\_\_

Números de fetos (embarazo actual): \_\_\_\_\_

**Antecedentes:**

Hijo previo con alteraciones cromosómicas: \_\_\_\_\_

Síndrome de Down: \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

Hijo previo con defecto de tubo neural: \_\_\_\_\_

Otros defectos congénitos: \_\_\_\_\_