

ANEXO N° 5

INFORME MEDICO DE POSTERGACION  
DEL DESCANSO POR MATERNIDAD

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

<u>CONDICIONES DE LA GESTACION:</u>			
Formula Gestacional:	FUR:	FPP:	EG: semanas
ALTURA UTERINA:	PLACENTA: POSICION:		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:			

<u>CONDICIONES DEL PRODUCTO:</u>			
GESTACION UNICA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	GESTACION MULTIPLE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° FETOS:		
POSICION:	PESO:	LATIDOS FETALES:	
MORFOLOGIA:			
CONCLUSION:			

<u>CONDICIONES LABORALES:</u>		
TRABAJO HABITUAL:	HORARIOS:	TURNOS:
RIESGOS LABORALES:		
ADAPTACION AL TRABAJO:		

El Médico que suscribe hace constar que ha evaluado a la asegurada de la referencia, siendo las condiciones de la gestación y del 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: