

ANEXO N° 18

INFORME MÉDICO DE POSTERGACIÓN DEL DESCANSO POR MATERNIDAD

Establecimiento de Salud	Red Asistencial	Fecha	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nombres y Apellidos del Médico Tratante		CMP	RNE
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nombres y Apellidos de la Asegurada	Documento de Identidad		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	DNI <input type="checkbox"/> C.Extranjería <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>		

CONDICIONES DE LA GESTACIÓN

Fórmula Gestacional FUR FPP EG sem

CPN Fecha de Inicio Psicoprofilaxis del Parto SI NO

Altura Uterina Canal Vaginal

Placenta Posición Estadio

Antecedentes Patológicos y Obstétricos

.....

.....

.....

CONDICIONES DEL PRODUCTO

Gestación Única SI NO Gestación Múltiple SI NO N° Fetos

Posición Peso Latidos Fetales

Morfología

.....

.....

Conclusión

.....

.....

CONDICIONES LABORALES

Trabajo Habitual Empleador

Riesgos Laborales SI NO Adaptación al Trabajo SI NO

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 autoriza a diferir el inicio del período de Descanso por Maternidad hasta el

FIRMA Y SELLO

Firma y Sello