



INFORME DE MATERNIDAD

DATOS DE LA TRABAJADORA AFILIADA

Número de cédula:	NSS:	Edad:
Nombres y Apellidos:		
Nombre de la ARS a la que pertenece:	Provincia:	Sector:
Correo Electrónico:	Teléfono:	Celular:
Número de la Empresa:	RNC:	

DATOS DE LA PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (PSS)

Nombre de la PSS:		
Nombre del médico tratante:	Cédula del médico:	Exequatur No.
Correo Electrónico:	Teléfono:	Celular:

OBSERVACIONES MEDICAS

Tiempo de Gestación al Momento del Examen:	Fecha de diagnóstico:	Fecha probable de parto:
Informe clínico del médico tratante:		

ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES

Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Afiliada	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo Paterno	<input type="checkbox"/> Abuelo Materno	<input type="checkbox"/> Abuela Paterna	<input type="checkbox"/> Abuelo Materno
Diabetes	<input type="checkbox"/> Afiliada	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo Paterno	<input type="checkbox"/> Abuelo Materno	<input type="checkbox"/> Abuela Paterna	<input type="checkbox"/> Abuelo Materno
Falцемia	<input type="checkbox"/> Afiliada	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo Paterno	<input type="checkbox"/> Abuelo Materno	<input type="checkbox"/> Abuela Paterna	<input type="checkbox"/> Abuelo Materno

¿Ha estado embarazada anteriormente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cantidad parto normal: (en caso de ser afirmativa la respuesta)
Tipo de parto: <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Normal	Cantidad parto cesárea: (en caso de ser afirmativa la respuesta)

DATOS DEL TUTOR EN CASO DE FALLECIMIENTO

Nombres y Apellidos:	Cédula:
Parentesco:	Teléfono:

Firma de la afiliada

Firma y Sello del Médico

Al presentar esta solicitud debidamente completada, firmada y sellada, tanto el empleador como el la trabajador (a) como el médico tratante, declaran, bajo la fe del juramento, que las informaciones suministradas son veraces y que se ha dado fiel cumplimiento a los requisitos establecidos por la ley 87-01, Normativas de Subsidio por Maternidad y Lactancia y Resoluciones vigentes, para la entrega de los subsidios del Régimen contributivo del Seguro Familiar de Saludos (SFS).