



## Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

### INFORME DE MATERNIDAD

#### DATOS DE LA AFILIADA

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_ CÉDULA: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE ARS A LA QUE PERTENECE: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ RNC No.: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LA PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (PSS)

NOMBRE PSS: \_\_\_\_\_ RNC No.: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ EXEQUÁTUR No.: \_\_\_\_\_

TELEFONOS MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

Marque en caso de que se presume que en esta PSS tendrá lugar el parto. De lo contrario indique la PSS probable:

NOMBRE PSS PROBABLE: \_\_\_\_\_ RNC No.: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

#### OBSERVACIONES MÉDICAS

CANTIDAD DE SEMANAS DE EMBARAZO AL MOMENTO DEL EXAMEN: \_\_\_\_\_

FECHA PROBABLE DEL PARTO: \_\_\_\_\_ INFORME CLÍNICO MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### DATOS PERSONA DESIGNADA POR TRABAJADORA PARA RECIBIR SUBSIDIOS, EN CASO DE FALLECIMIENTO

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

CÉDULA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PARENTESCO : \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Este informe de maternidad constara de un original y tres copias; el original y una copia para la trabajadora y dos copias para el médico o PSS tratante. La trabajadora entregará el original de este informe a su empleador y el médico remitirá una copia a la ARS a la cual esta afiliada la trabajadora. Este informe debe ser debidamente firmado y sellado por el médico o PSS tratante y firmado por la trabajadora afiliada, según lo establece la Resolución No.157-2008, emitida por la SISALRIL en fecha 30 de julio del 2008.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y CEDULA DE LA AFILIADA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO O PSS