



INFORME DE MATERNIDAD

DATOS DE LA TRABAJADORA AFILIADA

Número de cédula:	NSS:	Sexo:
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

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

OBSERVACIONES MÉDICAS

Tiempo de Gestación al Momento del Examen:	Fecha Probable de Parto:
--	--------------------------

Informe Clínico del Médico Tratante:

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

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

¿Ha estado embarazada anteriormente? Sí No

Cantidad parto normal:

Tipo de parto: Cesárea Normal

Cantidad parto cesárea:

DATOS DEL TUTOR EN CASO DE FALLECIMIENTO

Nombres y Apellidos:	Cédula:
Parentesco:	Teléfono:

Firma de la afiliada

Firma y sello del empleador

Al presentar esta solicitud debidamente completada, firmada y sellada, tanto el empleador como el trabajador (a), 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, Reglamentos y Resoluciones vigentes, para la entrega de los subsidios del Regimen contributivo del Seguro Familiar de Saludos (SFS).