CERTIFICADO SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

(A cumplimentar por médico de atención primaria o especialista en ginecología del Servicio Público de Salud)

D./Dña. …….. médico del Servicio Público de Salud de……
Colegiado nº …… Especialista en……que asiste habitualmente a
Dª …… que se encuentra en situación de:

☐ Embarazo ☐ Lactancia Natural

Certifica:

1. **En caso de embarazo (marque lo que proceda)**

A) La gestante presenta alguna de las siguientes patologías (Indique con una "x"):

☐ Antecedentes de 2 nacidos pretérmino con peso inferior a 2000 gr.
☐ Antecedentes de pérdidas fetales (>12 semanas), incompetencia cervical o cerclaje
☐ cervicales. Antecedentes de anomalías uterinas con pérdidas fetales.
☐ Enfermedad cardiaca dentro de la clasificación III y IV de la NYHA.
☐ Síndrome de Marfán.
☐ Hipertensión pulmonar o arterial.
☐ Función renal alterada.
☐ Hiperémesis gravídica.
☐ Polihidramnios.
☐ Herpes gestacional.
☐ Anemia severa (< o = 8gr/dl de hemoglobina).
☐ Preeclampsia.
☐ Rotura prematura de membranas.
☐ Amenaza de aborto.
☐ Amenaza de parto pretérmino.
☐ Hemorragia genital.
☐ Placenta previa y acretismo placentario
☐ Agravación severa de enfermedades previas al embarazo.
☐ Lumbalgia en fase aguda.

B) La gestante presenta otra patología no asociada al embarazo (indique cual) …….
C) La gestante NO presenta patología ☐
D) La gestante presenta embarazo múltiple ☐

La edad gestacional es de ……. semanas. La fecha prevista de parto es ……/……/……

2. **En caso de lactancia natural**

Que el hijo o hija está recibiendo lactancia materna en el momento actual.

Que el hijo o hija no recibe lactancia materna desde la fecha ……./……../……

Y para que conste, firmo en ……, a …… de ……. de ……..

Firma y sello facultativo

Información sobre protección de datos

Responsable del tratamiento: MUTUA NAVARRA, MCCSS nº 21, domiciliada en Pamplona, Polígono Industrial Landaben, C/ F, nº 4, con la finalidad de tramitación de su solicitud. La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal (Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social). Dichos datos no se cederán a terceros no incluidos en la legislación específica de aplicación para la tramitación y gestión de la finalidad y de cuantos actos de obligado cumplimiento se deriven de ella. Es obligatoria la cumplimentación del presente formulario en todos sus campos, de tal forma que, de no ser facilitados, no podrá establecerse la relación deseada entre las partes. Puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada. Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control, y previamente, si lo desea ante el Delegado de Protección de Datos de Mutua Navarra en la siguiente dirección de correo electrónico, dpd@mutuanavarra.es. Más información en www.mutuanavarra.es