

(A cumplimentar por médico de atención primaria o ginecólogo del Servicio Público de Salud)

D./ Dña. .... médico del Servicio Público de Salud de  
....., Colegiado núm ..... especialista en  
..... que asiste habitualmente a D<sup>a</sup>..... que  
se encuentra en situación de

Embarazo.....  Lactancia natural.....

### Certifica

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

**A)** .....  **SÍ** presenta la gestante alguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo del siguiente listado.

(A modo de ejemplo, se consideran riesgos obstétricos que incapacitan para trabajar):

- Hiperemesis en fase aguda.
- Mareos matutinos en fase aguda.
- Anemia con Hb < 9 g/dl.
- Crecimiento intrauterino retardado severo.
- Amenaza de aborto.
- Amenaza de parto prematuro.
- Preeclampsia: edema gestacional severo.
- Preeclampsia: proteinuria severa.
- Preeclampsia: HTA severa.
- Agravación severa de enfermedades previas al embarazo.
- Varices en fase aguda.
- Hemorroides en fase aguda.
- Lumbalgia en fase aguda.
- Embarazo múltiple con riesgo.
- 

**B)** .....  **SI** presenta la gestante otra patología no asociada al embarazo.

**C)** .....  **NO** presenta patología.

#### 2. En caso de lactancia natural

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

Que el hijo no recibe lactancia materna desde la fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .....

Y para que conste, firmo en ..... , a ..... de ..... de 20.....

Firma del médico