

## INFORMACIÓN CLÍNICA PARA EL CUÁDRUPLE MARCADOR

### ESTE ESTUDIO SOLO PUEDE REALIZARSE ENTRE LAS SEMANAS 15 A 20 DE GESTACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de toma: \_\_\_\_\_

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Primer día de la última menstruación: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Edad gestacional en semanas cumplidas: \_\_\_\_\_

Gestas: \_\_\_\_\_ Paras: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

¿Es este un embarazo gemelar? SI NO

¿Ha tenido un hijo con antecedentes de ANENCEFALIA  
O ESPINA BÍFIDA? SI NO

¿Ha tenido un hijo con Síndrome de Down? SI NO

¿Es este un embarazo por fertilización in vitro? SI NO

Peso actual: \_\_\_\_\_ Utiliza insulina: SI NO

¿Se ha realizado un ultrasonido en este embarazo? SI NO

En caso afirmativo anotar la fecha: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

La edad gestacional por ultrasonido en esa fecha fue: \_\_\_\_\_

La edad gestacional calculada por diámetro biparietal fue de : \_\_\_\_\_

Grupo étnico al que pertenece: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Preparó: \_\_\_\_\_