

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: _____