

INFORME MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

(A rellenar por el facultativo de atención primaria o ginecólogo que asiste la trabajadora en el SPS).

A efectos de admitir a trámite la solicitud de la Prestación por Riesgo Laboral durante el embarazo o lactancia. (**Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo**, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, en la disposición adicional duodécima apartado dos, y **Real Decreto 295/2009**, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, artículo 31 y 49 apartado 2).

1. DATOS DEL FACULTATIVO

Dr./Dra.		
Médico del Servicio Público de Salud de		
Colegiado nº.	Especialista en	
<p>El facultativo firmante declara que son exactos y veraces los datos contenidos en el presente informe médico y que no ha ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo del embarazo. (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 307 ter.)</p>	Sello hospital / Centro salud/...../..... Fecha y firma del facultativo

2. DATOS DE LA TRABAJADORA SOLICITANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI
En situación de embarazo			
Edad gestacional de _____ semanas	Fecha probable del parto/...../.....	<input type="checkbox"/> Único	<input type="checkbox"/> Múltiple
Clasificación del riesgo obstétrico (referenciado en Anexo adjunto)			
<input type="checkbox"/> Riesgo bajo o 0	<input type="checkbox"/> Riesgo medio o 1	<input type="checkbox"/> Riesgo alto o 2	<input type="checkbox"/> Riesgo muy alto o 3
Certifica que:			
<input type="checkbox"/> Es un embarazo de curso normal, sin incidencias ni patologías asociadas que influyan en el desarrollo de la gestación ni en la salud de la trabajadora. <input type="checkbox"/> La trabajadora no se encuentra de baja por Contingencia Común <input type="checkbox"/> La trabajadora presenta en la actualidad un nivel de riesgo obstétrico o alguna patología activa del siguiente listado que la incapacita para desarrollar su actividad. Marcar con una X.			
<input type="checkbox"/> Antecedentes de dos nacidos pretérmino 1 con peso inferior a 2000 g	<input type="checkbox"/> Amenaza de aborto.		
<input type="checkbox"/> Antecedentes de pérdidas fetales, incompetencia cervical o cerclaje.	<input type="checkbox"/> Amenaza de parto pretérmino		
<input type="checkbox"/> Antecedentes de anomalías uterinas con pérdidas fetales.	<input type="checkbox"/> Hemorragia genital (placenta previa).		
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca dentro de la clasificación III y IV de la NYHA.	<input type="checkbox"/> Varices en fase aguda.		
<input type="checkbox"/> Pacientes con Síndrome de Marfan	<input type="checkbox"/> Riesgo tromboembólico en tratamiento		
<input type="checkbox"/> Pacientes con hemoglobinopatías incluídas las talasemias	<input type="checkbox"/> Lumbalgia en fase aguda		
<input type="checkbox"/> Pacientes con hipertensión pulmonar o arterial	<input type="checkbox"/> Hiperémesis en fase aguda.		
<input type="checkbox"/> Pacientes con aclaramiento de creatinina anormal	<input type="checkbox"/> Mareos matutinos en fase aguda.		
<input type="checkbox"/> Polihidramnios	<input type="checkbox"/> CIR (crecimiento intrauterino retardado)		
<input type="checkbox"/> Herpes gestacional	<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional con riesgo de descompensación o afectación a la gestación.		
<input type="checkbox"/> Anemia severa (<8 g/ dl de hemoglobina)	<input type="checkbox"/> Agravamiento de enfermedades previas o su descomposición-compensación por el embarazo.		
<input type="checkbox"/> Preeclampsia: edema gestacional, proteinuria, hipertensión	<input type="checkbox"/> (LAS, E. de Crohn, endocrinopatías...)		
<input type="checkbox"/> Rotura prematura de membranas.			

3. ANEXO. CLASIFICACIÓN RIESGO OBSTÉTRICO

Riesgo medio o 1:	
Anomalía pélvica identificada clínica y / o radiológicamente.	Fecha de la última menstruación incierta.
Baja altura materna: <1,5 metros.	Gestante Rh negativo.
Cardiopatía 1: que no limita su actividad física.	Gran multiparidad: 5 o más fetos de menos 28 semanas.
Condiciones socioeconómicas desfavorables.	Hemorragia del primer trimestre.
Control insuficiente de la gestación: <4 visitas prenatales o una visita a semana 20.	Incompatibilidad Rh.
Edad extrema <16 o> 35 años.	Incremento del peso excesivo o insuficiente:> 15 kg o <5 kg.
Embarazo no deseado.	Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo).
Esterilidad previa: dos años o más.	Obesidad.
Fumadora habitual.	Período intergenésico menor de 12 meses.
Riesgo alto o 2:	
Anemia grave (Hb <9 g / dl o hematocrito> 25%).	Hidramnios u oligoamnios.
Cardiopatía 2: paciente obligada a una limitación ligera de su actividad física.	Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, parto distócico, deficiencias mentales o sensoriales de probable origen obstétrico, antecedentes de retraso del crecimiento.
Cirugía uterina previa (no valorable cesárea).	Infección materna: hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, HIV, estreptococo B.
Diabetes gestacional (se diagnostica por primera vez o durante la gestación).	Obesidad mórbida.
Embarazo de gemelos.	Presentación anómala: constatada tras la semana 38 de gestación.
Hemorragia 2º o 3º trimestre.	
Riesgo muy alto o 3:	
Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37.	Muerte perinatal recurrente.
Cardiopatías 3 o 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad	Placenta previa.
Diabetes pre gestacional.	Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 110 mmHg o TA sistólica mayor o igual a 160 mmHg.
Drogadicción y alcoholismo.	Patología asociada grave.
Gestación múltiple.	Retraso del crecimiento intrauterino.
Incompetencia cervical.	Rotura membranas.
Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.	Sida clínico.
Malformación fetal confirmada.	

Información sobre protección de datos personales

Responsable: **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dgd@umivaleactiva.es. **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale Activa** en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y Organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales, en caso de que exista obligación legal para ello. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale Activa**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dgd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.