SOLICITUD DE ECOGRAFÍAS EN EL EMBARAZO

NUMERO AFILIADO: _____ **FECHA de SOLICITUD:** _____

AFILIADO/A: _____ **EDAD:** _____

SEMANA ESTIMADA DE GESTACIÓN_____

SOLICITUD DE (tache lo que no corresponda.)

- Ecografía en rastreo de embarazo normal, EREN, sí o no,
- Otros motivos de pedido de ecografía de embarazo, sí o no,
  primera ecografía, segunda, tercera, cuarta, quinta, motivo de la solicitud

Motivo de la solicitud, datos clínico positivos o diagnóstico presuntivo

_____

_____

_____

De qué manera podría influir el resultado del estudio en el destino terapéutico

_____

_____

_____

Firma y sello del solicitante

Firma y sello del médico Auditor