

FORMULARIO DE INGRESO PARA TAMIZAJE DE PREECLAMPSIA

Información General del Paciente	
Fecha de Solicitud:	Teléfono:
Nombre:	Apellidos:
Dirección:	Ciudad:
Cédula de Ciudadanía:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Email:	
Raza del Paciente	Antecedentes:
Caucásica <input type="checkbox"/>	Gestaciones: Partos: Abortos:
Negro <input type="checkbox"/>	Semana de gestación:
Asiática <input type="checkbox"/>	Antecedente de Preeclampsia: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especificar : Paciente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambas <input type="checkbox"/>
Hispano <input type="checkbox"/>	Antecedente de Hipertensión: No <input type="checkbox"/> No tratado <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/>
Otra <input type="checkbox"/>	Fumadora: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Medicamentos:	
Peso el día de la Toma de la Muestra:	Altura:

Presión Arterial:				
Fecha de toma de presión arterial:	Brazo izquierdo :		Brazo Derecho:	
	Sistólica:	Diastólica:	Sistólica:	Diastólica:
Primera Medición		Mm/Hg		Mm/Hg
Segunda Medición		Mm/Hg		Mm/Hg

Datos de la Ecografía		
Fecha:	CRL o LCC:	
Índice de Doppler:	Izquierda	Derecha
Medico:	Institución:	

Datos de la muestra	
Fecha/Hora de la toma de Analitos:	Tomado Por:

Requiere de la realización del cálculo de riesgo de preclampsia: SI NO

Médico Tratante
Nombre:
Teléfono:
e-mail. :

¿Por qué medio se enteró de Genetix?

Médico tratante Página Web Amigo Otro Cual?