

FORMULARIO DE INGRESO PARA PRUEBAS DE TAMIZAJE PRENATAL PARA ANEUPLOIDIAS

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"/>	Grupo sanguíneo Materno:
Asiática <input type="checkbox"/>	Antecedente de Embarazos con Síndrome Down: <input type="checkbox"/>
Hispano <input type="checkbox"/>	Antecedente de Embarazos con T18: <input type="checkbox"/>
Otra <input type="checkbox"/>	Antecedente de Embarazos con T13: <input type="checkbox"/>
Medicamentos:	

Datos Importantes del Embarazo:		
Fecha de última Menstruación:	Semanas de gestación:	Embarazo con técnicas de reproducción asistida: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Técnica de reproducción asistida:	Ovo donación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Edad de Donante:	Fecha de transferencia embrionaria:
Embarazo gemelar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No. de fetos:		
Diabetes mellitus: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fumadora: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Peso el día de la Toma de la Muestra:		

Datos de la Ecografía		
Fecha:	CRL o LCC:	SN:
Médico:	Institución:	Hueso Nasal:

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

Requiere de la realización del cálculo estadístico: SI NO
 Desea conocer el sexo de su bebe mediante la extracción del ADN fetal de la sangre materna:
 SI NO (Costo Adicional)

Médico Tratante
Nombre:
Teléfono:
e-mail. :

¿Por qué medio se enteró de Genetix?

Médico tratante Página Web Amigo Otro Cual?