

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD**
Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Edad: _____ Género: F M
Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____
Correo electrónico: _____ Grupo étnico: _____ Talla: _____

ANTECEDENTES

Gestaciones: _____ Partos: _____ Abonos: _____ Grupo sanguíneo materno: _____
Antecedentes de embarazos con Síndrome de Down: Antecedentes de embarazos con T18:
Antecedentes de embarazos con T13:

DATOS DEL EMBARAZO

Fecha de última menstruación: **AAAA MM DD** Edad gestacional: _____ Embarazo espontáneo: Sí No
Embarazo con técnicas de reproducción asistida: Sí No Fecha de transferencia embrionaria: **AAAA MM DD**
Diabetes mellitus: Fumadora: Peso el día de la toma de muestras: _____ Ovodonación: Sí No

DATOS DEL ULTRASONIDO

Fecha: **AAAA MM DD** CRL o LCC: _____ SN: _____ Hueso nasal: _____
Médico: _____ Institución: _____

DATOS DE LA MUESTRA

Fecha/Hora de la toma de Analitos: **AAAA MM DD - HH:MM** Tomado por: _____
Requiere de la realización del cálculo estadístico: Sí No
Desea conocer el sexo de su bebé mediante la extracción del ADN fetal de la sangre materna: Sí No
Desea recibir el resultado por correo electrónico: Sí No

DATOS DEL MÉDICO:

Nombre completo: _____
Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____

*Validado para líquido amniótico, cordocentesis, vellosidades coriales y restos ovulares.