



EMBARAZADAS Ó PUERPERAS (hasta 45 días post parto)

[illegible]

TIPO DE DOCUMENTO	DNI		LC		CI	P. FEDERAL		PASAPORTE		
						PROVINCIA				

NUMERO DEL DOCUMENTO							
----------------------	--	--	--	--	--	--	--

CATEGORIA DENTRO DEL SEGURO MATERNO INFANTIL

EMBARAZADA

PUERPERA (hasta 45 días finalizado el emb.)

DATOS PERSONALES

FECHA DE NAC.	__	__	__	__	LUGAR	PROVINCIA														
	DIA	MES	AÑO			LOCALIDAD														
																				SI ES EXTRANJERO, PAIS

¿PERTENECE
→ A ALGUN PUEBLO
ORIGINARIO? →

SI	
NO	

[illegible]

Embarazada

DATOS DEL EMBARAZO.

FECHA DE DIAGNOSTICO MEDICO DE EMBARAZO		
<u> </u> --	<u> </u> --	<u> </u> --
DIA	MES	AÑO

SEMANAS DE CURSO DEL EMBARAZO	

FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)		
__	__	__
DIA	MES	AÑO

Puérpera
DATOS DEL PARTO / PERDIDA DEL EMB.

FECHA EFECTIVA DE PARTO (FEP)		
DÍA	MES	AÑO

CENTRO DE SALUD DONDE CONCURRE HABITUALMENTE

[illegible]