



P.R. Clinical Reference Laboratory
Calle JJ Acosta #46
Vega Baja, PR 00693
Tel: 787-966-7108 Fax: 939-225-7482

* REVISADO MARZO 2023

FORMA I Alfa Feto Protein
Instrucciones a Pacientes

Favor de completar la información que se solicita a continuación, es de suma importancia para poder realizar la pruebas que su médico le ha ordenado. **La paciente debe estar entre las 15 y 21.6 semanas de gestación para poder realizarse la prueba.**

1. Plus _____ Tetra _____ Maternal _____
2. Nombre del Paciente: _____
3. Fecha de Toma de Muestra: _____
4. Fecha de Nacimiento: _____
5. Edad: _____
6. Peso: _____
7. Raza: (Hispano) _____ (Negro) _____ (Blanca) _____ (otro) _____
8. Estatura: _____
9. Fecha de la Última menstruación: _____
10. Fecha de Parto: _____ (____) Sonograma (____) Menstruación
11. Semanas de Gestación actual: _____
12. Fecha del último sonograma: _____
13. Semanas de Gestación a la fecha del sonograma: _____
14. Paciente diabética: Si _____ No _____ Dependiente de insulina _____
15. Embarazos Previos: Si _____ No _____ Cuantos: _____
16. Partos Previos: Si _____ No _____ Cuantos: _____
17. Tipo de embarazo: Sencillo _____ Mellizos _____ Múltiples (más de 2): _____
18. Historial familiar:

____ Defectos Tubo Neural ____ Paciente ____ Pareja ____ Hijo anterior
____ Síndrome de Down

____ Anomalías cromosómica
19. Complicaciones de embarazo:

____ Periodos irregulares de menstruación
____ Sangrado Vaginal
____ Otros

Teléfono: _____

Firma de la Paciente: _____

NOTA TODOS LOS ESPACIOS SON REQUERIDOS.