

# \*ACTUALIZADA\*

Calle Jose J. Acosta #46

Vega Baja P.R, 00693

Tel: 787-966-7108 Fax: 787-966-7137 [www.laboratoriomlandron.com](http://www.laboratoriomlandron.com)

## FORMA I Alfa Feto Protein

### Instrucciones a Pacientes

Favor encuentre adjunto las instrucciones que usted necesita para poder realizar las pruebas que su médico le ha ordenado. El seguir estas instrucciones permitirá que las pruebas se puedan realizar satisfactoriamente. la paciente debe estar entre las semanas 15 y 21 para poder realizarse la prueba.

0

1. Laboratorio que Refiere: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_ Plus \_\_\_ Tetra \_\_\_ Maternal
3. Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_
4. Fecha de Toma de Muestra: \_\_\_\_\_
5. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
6. Edad: \_\_\_\_\_
7. Peso: \_\_\_\_\_
8. Raza: \_\_\_ (Hispano) \_\_\_ (Negro) \_\_\_ (Blanca) \_\_\_ (otro) \_\_\_\_\_
9. Estatura: \_\_\_\_\_
10. Fecha de la Última menstruación: \_\_\_\_\_
11. Fecha de Parto: \_\_\_\_\_ (\_\_\_) Sonograma (\_\_\_) Menstruación
12. Semanas de Gestación actual: \_\_\_\_\_
13. Fecha del último sonograma: \_\_\_\_\_
14. Semanas de Gestación a la fecha del sonograma: \_\_\_\_\_
15. Paciente diabético(a): \_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_ Dependiente de insulina
16. Embarazos Previos: \_\_\_ Si \_\_\_ No Cuantos: \_\_\_\_\_
17. Partos Previos: \_\_\_ Si \_\_\_ No Cuantos: \_\_\_\_\_
18. Tipo de embarazo: \_\_\_ Sencillo \_\_\_ Mellizos \_\_\_ Múltiples (más de 2)
19. Historial familiar:  
\_\_\_ Defectos Tubo Neural \_\_\_ Paciente \_\_\_ Pareja \_\_\_ Hijo anterior  
\_\_\_ Síndrome de Down  
\_\_\_ Anomalías Cromosales
20. Complicaciones de embarazo:  
\_\_\_ Periodos irregulares de menstruación  
\_\_\_ Sangrado Vaginal  
\_\_\_ Otros

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

Firma de la Paciente: \_\_\_\_\_

**\*\*\*NOTA\*\*\* TODOS LOS ESPACIOS SON REQUERIDOS.**