

## 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: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ 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 espontaneo: 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 muestra: \_\_\_\_\_ Ovodonación: Sí  No

## DATOS DEL ULTRASONIDO 1ER TRIMESTRE

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

## DATOS DEL ULTRASONIDO 2DO TRIMESTRE

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: **AAAA MM DD** DBP: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_ LF: \_\_\_\_\_

## 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 de amniótico, cordocentesis, vellosidades coriales y restos ovulares