Calle Jose J. Acosta #46

Vega Baja P.R, 00693

Tel: 787-966-7108 Fax: 787-966-7137 [www.laboratoriomlandron.com](file:///C%3A%5CUsers%5CCoralis%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CEP68H0DN%5Cwww.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.

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

\_\_\_Sindrome de Down

\_\_\_Anomalías Cromosales

1. Complicaciones de embarazo:

\_\_\_Periodos irregulares de menstruación

\_\_\_Sangrado Vaginal

\_\_\_Otros

\*\*\*NOTA\*\*\* TODOS LOS ESPACIOS SON REQUERIDOS. Firma de la Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_