

Ciudad: _____

Fecha de Solicitud: **AAAA MM DD**

Hora: _____

DATOS PERSONALES DE LA PACIENTE

Nombres y apellidos completos: _____ Grupo sanguíneo: _____

Tipo de identificación (C.C./Pasaporte): _____ Ciudad de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD** Edad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Ciudad de Residencia: _____ Dirección de Residencia: _____

Teléfono de contacto: _____ Correo Electrónico: _____

DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha de última menstruación (FUM): **AAAA MM DD** Edad gestacional (semanas + días): _____ semanas + _____ días

Método de determinación de edad gestacional:

Ecografía primer trimestre FUM Otro (especifique): _____

Número de fetos: Único Gemelar Otro: _____

¿Ha estado embarazada antes?: Sí No Número de embarazos: _____

Antecedentes de embarazo con anomalías cromosómicas: Sí No

Si es Sí, especifique: _____

DATOS MÉDICOS RELEVANTES

Peso actual (kg): _____ Altura (cm): _____ IMC (Índice de Masa Corporal, opcional): _____

Antecedentes médicos relevantes:

Diabetes gestacional Enfermedades autoinmunes Otros (especifique): _____

Hipertensión Trombofilias _____

Antecedentes genéticos familiares:

Anomalías cromosómicas (ej. Síndrome de Down, Edwards, Patau)

Enfermedades hereditarias (ej. Fibrosis quística, hemoglobinopatías)

Otros (especifique): _____

Antecedentes de transfusiones sanguíneas

¿Ha recibido transfusiones de sangre y/o plaquetas?: Sí Fecha de última transfusión: **AAAA MM DD**

No

¿Se encuentra en tratamiento de diálisis?:

Sí, ¿cuál? Peritoneal Hemodiálisis Fecha de última diálisis: **AAAA MM DD**

No

Ha sido trasplantado: Sí No

¿Qué órgano fue trasplantado?: _____ Fecha del trasplante: **AAAA MM DD**

DATOS MÉDICOS RELEVANTES

Tipo de prueba genética prenatal no invasiva (NIPT) solicitada:

- Estándar (Trisomías 21, 18, 13. Incluye sexo fetal)
- Avanzado (Trisomías 21, 18, 13, aneuploidías cromosomas sexuales, incluye sexo fetal y aneuploidías en todos los cromosomas)
- Pro (Trisomías 21, 18, 13, aneuploidías cromosomas sexuales, incluye sexo fetal y aneuploidías en todos los cromosomas y microdeleciones para diferentes trastornos genéticos)

Motivo de la solicitud:

- Particular para determinar estado del embarazo y género del feto
- Edad materna avanzada (>35 años) Antecedentes personales/familiares
- Hallazgos ecográficos sospechosos Otros (especifique): _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ (nombre de la paciente), autorizo la realización del examen genético prenatal no invasivo y confirmo que la información proporcionada es verídica.

Autorizo la inclusión del sexo fetal dentro del reporte de resultados: Sí No

Firma de la paciente: _____

ESPACIO PARA EL LABORATORIO DE CIENCIAS GENÓMICAS

- Este formulario debe ser completado por el médico tratante o personal autorizado.
- Los resultados deben ser interpretados en conjunto con otros estudios clínicos.

Este formato garantiza que se recopilen los datos necesarios para un análisis preciso y seguro del NIPT.

Lugar: _____

Fecha: _____

Hora: _____