

# Informe médico

(A cumplimentar por médico de atención primaria  
o ginecólogo del Servicio Público de Salud)

D./ Dña. .... médico del Servicio Público de Salud de  
....., Colegiado núm ..... especialista en  
..... que asiste habitualmente a D<sup>a</sup>..... que  
se encuentra en situación de  
Embarazo.....  Lactancia natural.....

## Certifica

### 1. En caso de embarazo (marque lo que proceda)

A) .....  **SÍ** presenta la gestante alguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo del siguiente listado.

(A modo de ejemplo, se consideran riesgos obstétricos que incapacitan para trabajar):

- Hiperemesis en fase aguda.
- Mareos matutinos en fase aguda.
- Anemia con Hb < 9 g/dl.
- Crecimiento intrauterino retardado severo.
- Amenaza de aborto.
- Amenaza de parto prematuro.
- Preeclampsia: edema gestacional severo.
- Preeclampsia: proteinuria severa.
- Preeclampsia: HTA severa.
- Agravación severa de enfermedades previas al embarazo.
- Varices en fase aguda.
- Hemorroides en fase aguda.
- Lumbalgia en fase aguda.
- Embarazo múltiple con riesgo.
- Otros.

B) .....  **NO** presenta la gestante ninguna patología obstétrica y/o patología asociada a su embarazo.

La edad gestacional es de ..... semanas.

La fecha prevista de parto es \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2. En caso de lactancia natural

Que el hijo está recibiendo lactancia materna en el momento actual.....

Que el hijo no recibe lactancia materna desde la fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .....

Y para que conste, firmo en ..... , a ..... de ..... de 20.....

Firma del médico

#### Información detallada sobre protección de datos

El firmante de este documento manifiesta que los datos personales son ciertos y que al facilitar los datos de la paciente le ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

**Responsable del tratamiento:** Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUAMUR) con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid, 28043, teléfono de contacto 900233333 y email de contacto atencionalcliente@ibermutuamur.es. Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección dpd@ibermutuamur.es

**Finalidad del tratamiento:** Los datos personales serán tratados para gestionar y prestar IBERMUTUAMUR sus servicios en su condición de mutua colaboradora con la Seguridad Social. Siendo los datos necesarios para tramitar las prestaciones económicas por riesgo durante el embarazo/lactancia natural. Prestaciones económicas integradas en el Sistema de Seguridad Social.

**Legitimidad:** La base de licitud del tratamiento es el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUAMUR como mutua colaboradora con la Seguridad Social en la gestión de las prestaciones económicas por riesgo durante el embarazo/lactancia natural.

**Destinatarios de los datos:** Los datos personales podrán ser comunicados a los Organismos de la Seguridad Social y Entidades de las Administraciones Públicas, en cumplimiento de una obligación legal.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos serán conservados durante el plazo de la prestación de la solicitud realizada y la normativa reguladora de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, así como revocar el consentimiento otorgado, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano 27, Madrid-28043 o la dirección derechosdatospersonales@ibermutuamur.es concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto www.agpd.es o C/Jorge Juan nº 6. 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de www.ibermutuamur.es