



Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

INFORME DE MATERNIDAD

DATOS DE LA AFILIADA

FECHA: ____/____/____

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____ CÉDULA: _____

NSS: _____ EDAD: _____ TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

NOMBRE ARS A LA QUE PERTENECE: _____

EMPLEADOR: _____ RNC No.: _____

DATOS DE LA PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (PSS)

NOMBRE PSS: _____ RNC No.: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE MÉDICO TRATANTE: _____ EXEQUÁTUR No.: _____

TELEFONOS MEDICO TRATANTE: _____ CELULAR: _____

Marque en caso de que se presume que en esta PSS tendrá lugar el parto. De lo contrario indique la PSS probable:

NOMBRE PSS PROBABLE: _____ RNC No.: _____

TELÉFONO: _____

OBSERVACIONES MÉDICAS

CANTIDAD DE SEMANAS DE EMBARAZO AL MOMENTO DEL EXAMEN: _____

FECHA PROBABLE DEL PARTO: _____ INFORME CLÍNICO MÉDICO TRATANTE: _____

DATOS PERSONA DESIGNADA POR TRABAJADORA PARA RECIBIR SUBSIDIOS, EN CASO DE FALLECIMIENTO

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

CÉDULA: _____ TELÉFONO: _____

PARENTESCO : _____

IMPORTANTE: Este informe de maternidad constara de un original y tres copias; el original y una copia para la trabajadora y dos copias para el médico o PSS tratante. La trabajadora entregará el original de este informe a su empleador y el médico remitirá una copia a la ARS a la cual esta afiliada la trabajadora. Este informe debe ser debidamente firmado y sellado por el médico o PSS tratante y firmado por la trabajadora afiliada, según lo establece la Resolución No.157-2008, emitida por la SISALRIL en fecha 30 de julio del 2008.

FIRMA Y CEDULA DE LA AFILIADA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO O PSS