



Sistema de Vigilancia de Amenazas Emergentes para Madres y Bebés  
Coronavirus (COVID-19)

Formulario para el Reporte Suplementario de Resultado: Mujer Embarazada

Favor de completar este formulario para reportar los resultados de la prueba de laboratorio para COVID-19 en mujeres embarazadas (cualquier trimestre) al Sistema de Vigilancia Amenazas Emergentes para Madres y Bebés.

**DATOS DE LA PACIENTE**

Nombre de la paciente						
	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	____ / ____ / ____ Mes / Día / Año		Edad	____	Teléfonos (____) ____ - ____ (____) ____ - ____	
Dirección Residencial	Urbanización, Condominio o Barrio					
	Número y Calle		Municipio		Código Postal	
Correo electrónico						

**DATOS DEL EMBARAZO**

Fecha estimada de parto	____ / ____ / ____ Mes / Día / Año		Edad Gestacional	____ semanas
Nombre del Obstetra				
Nombre del Médico que ordenó la prueba				

**RESULTADO DE LA PRUEBA**

Fecha de la toma de la muestra	____ / ____ / ____ Mes / Día / Año		Fecha del resultado	____ / ____ / ____ Mes / Día / Año		
Tipo de prueba	Resultado		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No concluyente			

**DATOS DE LA PERSONA QUE REPORTA**

Entidad que reporta	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Laboratorio de Hospital				
Nombre					
Teléfonos	(____) ____ - ____    (____) ____ - ____    (____) ____ - ____				
Localización					
Correo electrónico					
Nombre de la persona que completó el formulario	Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno
Fecha que Completó Formulario	____ / ____ / ____ Mes / Día / Año		Teléfono	(____) ____ - ____	