

# PLANTILLA PARA INFORME MÉDICO DE ABORTO ESPONTÁNEO

## Datos del paciente

- Nombre: [Nombre completo del paciente]
- Edad: [Edad actual del paciente]
- Fecha del aborto espontáneo: [Indica la fecha del suceso]

## Antecedentes obstétricos

- Número de embarazos previos:  
*[Enumera los embarazos previos]*
- Número de abortos previos:  
*[¿Cuántos abortos previos ha tenido el paciente?]*
- Antecedentes de parto prematuro:  
*[¿Ha habido antecedentes de parto prematuro?]*
- Antecedentes de malformaciones congénitas en el feto:  
*[Indica toda la información posible]*

## Detalles del aborto espontáneo

- Edad gestacional:  
*[¿En qué fase de embarazo se encontraba la paciente?]*
- Fecha de la última menstruación:  
*[Indica la fecha de la última menstruación]*
- Fecha de la primera prueba de embarazo positiva:  
*[Indica la fecha]*
- Síntomas del aborto espontáneo:  
*[¿Qué ha precipitado el aborto?]*
- Momento de la expulsión del producto de la concepción:  
*[Describe esta fase]*
- Características del producto de la concepción:  
*[Enumera y detalla las características indicadas]*

- Complicaciones asociadas al aborto espontáneo:

*[¿Qué complicaciones ha habido durante el proceso?]*

### **Prácticas llevadas a cabo durante el aborto espontáneo**

- Tipo de seguimiento y tratamiento médico recibido:

*[Detalla que seguimiento y tratamiento tendrá la paciente]*

- Tratamientos farmacológicos y/o quirúrgicos administrados:

*[Si es el caso, detállalos como el caso anterior]*

- Exámenes de laboratorio y/o pruebas de imagen realizados:

*[Detalla que pruebas se han llevado a cabo]*

### **Pronóstico**

- Estado actual del paciente:

*[Detalla cómo se encuentra la paciente]*

- Recomendaciones y cuidados posteriores al aborto espontáneo:

*[Detalla los pasos a seguir por la paciente a partir de ahora]*

- Posibilidad de embarazo futuro:

*[Indícalo si hay seguridad para ello, de lo contrario no lo rellenes]*

- Consejería en anticoncepción:

*[Informa si debe tomar anticonceptivos]*

### **Firma del médico**

- Nombre completo del médico:

*[Tu nombre completo]*

- Especialidad:

*[Rama médica]*

- Fecha de realización del informe:

*[Indica la fecha de la elaboración del informe]*