MotherToBaby
Medications & More During Pregnancy & Breastfeeding
Ask The Experts

Toll- Free (877) 311-8972

Fax (858) 246-1710

Fax Referral Form MotherToBaby Studies conducted by OTIS –Estudios de OTIS

Nombre del paciente: _____

Numero de teléfono: _____Numero de celular/trabajo: _____

Lenguaje de preferencia: _____

Día de preferencia para llamar: [ ] Lun [ ] Mar [ ] Mier [ ] Jue [ ] Vie [ ] Cualquier día

Hora de preferencia para llamar: _____[ ] mañana [ ] tarde [ ] cualquier hora

Pueden dejar mensaje en su teléfono? [ ] Si [ ] No

Menos de 20 semanas de embarazo: [ ] Si [ ] No

Fecha probable de parto: _____

Paciente tiene:

[ ] Enfermedad Autoinmune:
- [ ] Espondilitis Anquilosante
- [ ] Enfermedad de Crohn
- [ ] Depresión
- [ ] Fibromialgia
- [ ] Artritis Psoriasica
- [ ] Psoriasis
- [ ] Artritis Reumatoide

[ ] Diagnostico de asma por un médico o uso de medicamentos para el asma

[ ] Estuvo expuesta a una o más de las siguientes exposiciones:
- [ ] Vacuna contra la influenza [ ] Flumist
- [ ] Oseltamivir (Tamiflu) [ ] Zanamivir (Relenza)

[ ] No enfermedades-control:

Referido por : _____ Fecha que fue referida: _____
Apellido

Paciente está de acuerdo en ser contactada por el centro cordinador de estudios OTIS:

[ ] Consentimiento verbal
[ ] Consentimiento por escrito

Firma: _____