



TAMIZ METABÓLICO NEONATAL

Tamiz Metabólico Neonatal

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: () Femenino () Masculino

Semanas de gestación: _____ Peso: _____

Tiempo de nacido: _____ Etnia/Raza: _____

Prematuro: () SI () NO (Si, si es menor de 36 semanas)

Alimentación parenteral total: () SI () NO

¿Fue Transfundido? () SI () NO

En caso afirmativo anotar fecha en que fue realizado _____ y el volumen transfundido _____

Nombre de la madre: _____

Nombre de quien envía la muestra: _____

Laboratorio: _____ Clave: _____