

Información General

Nombre: _____ Fecha de toma de muestra: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: () Femenino () Masculino
 Semanas de gestación: _____ Peso: _____
 Tiempo de nacido: _____ Etnia/Raza: _____
 Nombre de la madre: _____
 Médico: _____
 Laboratorio: _____ Clave: _____
 () Prematuro () Gemelo () Malformación Congénita () Enfermedad Genética
 ¿Fue Transfundido? () Si () No
 En caso de afirmativo anotar la fecha en que fue realizado: _____
 Volumen transfundido _____

***A continuación marque las opciones que apliquen.**

Nutrición Actual

- ☐ Oral: () soya () leche () frutas
- ☐ Parenteral
- ☐ Dietas especiales: _____

Impresión Diagnóstica

- ☐ Hipotiroidismo congénito
- ☐ Aminoacidopatía
- ☐ Acidemia orgánica
- ☐ Galactosemia
- ☐ Glicogenosis
- ☐ Fibrosis Quística
- ☐ Mucopolisacaridosis
- ☐ Otras: _____

Anomalías Cardíacas

- ☐ Cardiomiopatía
- ☐ Otras: _____

Anomalías Gastrointestinales

- ☐ Vómito
- ☐ Diarrea
- ☐ Rechazo a alimentos
- ☐ Insuficiencia hepática
- ☐ Cirrosis

Anomalías Neurológicas

- ☐ Retraso mental
- ☐ Ataxia
- ☐ Espasticidad
- ☐ Hipotonía
- ☐ Convulsiones
- ☐ Transtornos del comportamiento

Medicamentos

- ☐ Antiepilépticos: _____
- ☐ Hipnóticos: _____
- ☐ Antibióticos: _____
- ☐ Diuréticos: _____
- ☐ Psicotrópicos: _____
- ☐ Otros: _____
- ☐ En neonatos menores de tres días
medicación materna. _____

Anormalidades Generales

- ☐ Retraso estatural
- ☐ Retraso ponderal
- ☐ Facies toscas
- ☐ Anomalías en cabello y uñas
- ☐ Anomalías cutáneas
- ☐ Hepatomegalia
- ☐ Esplenomegalia
- ☐ Ictericia
- ☐ Crisis de apnea
- ☐ Taquipnea
- ☐ Infecciones recurrentes

Génética

- ☐ Consanguinidad
- ☐ Familiares con cuadros parecidos
- ☐ Familiares con muertes inexplicables
en la infancia

Observaciones
