

## TAMIZ METABÓLICO NEONATAL



LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS  
de referencia

### 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 la fecha en que fue realizado \_\_\_\_\_ y el volumen transfundido \_\_\_\_\_

Nomre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre de quien envía la muestra: \_\_\_\_\_

Laboratorio: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_

