



MEDICAL DIAGNOSTIC TECHNIQUES S.A. de C.V.

Laboratorio Clínico de Alta Especialidad

FORMATO TAMIZ METABÓLICO NEONATAL

Nombre de paciente: _____

Edad: _____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento: _____

Semanas de gestación: _____ Peso: _____

Tiempo de nacido: _____ Raza: _____

Prematuro: Si No Alimentación parenteral total: Si No

Transfundido: Si No Fecha: _____

Nombre de la madre: _____

FO-LAB-31