



Detección de Errores Congénitos

Copia para la F.B.A.

Pegue aquí la
etiqueta adhesiva

Código de Laboratorio

Apellido y nombres del bebé:

____/____/____ Fecha de nacimiento		____ Hora	____ Peso (grs.)	____ Edad gestacional: Semanas	____/____/____ Primera ingesta de leche: Fecha		____ Hora
____/____/____ Fecha de muestra		____ Hora	Enfermedades tiroideas maternas: SI ☐ - NO ☐ En caso afirmativo indicar cual			Tratam. c/corticoides: Madre: SI ☐ - NO ☐ Hijo: SI ☐ - NO ☐	

Apellido y nombres de la madre

Domicilio

Localidad

Teléfono