

Datos del/a niño/a

1.º Apellido

2.º Apellido

Nombre

Sexo

Hombre Mujer

Fecha nacimiento

Día Mes Año Hora (24h) h.

Fecha TOMA DE SANGRE

Día Mes Año 20 Hora (24h) h.

Fecha TOMA DE ORINA

Día Mes Año 20

INGESTA a la TOMA DE MUESTRA

SI NO TIPO: Materna Artificial Mixta Otras

Datos de nacimiento del/a niño/a

Clínica de Nacimiento

Peso al Nacer grs. Cesárea Si No Parto Gemelar/Múltiple Si No

Ha recibido transfusión de sangre el niño/a Si No Semanas de gestación

Otros (Medicación, etc.)

ESPACIO RESERVADO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL RECIÉN NACIDO

Datos de la madre / padre

1.º Apellido

2.º Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Día Mes Año País de procedencia

Dirección

Población Provincia

Cod. Postal DNI N.º S.S / Tjta. Sanitaria

Teléfonos

Datos del Centro de Salud

Centro de Salud

Dirección

Población Teléfono

Pediatra

Con la presente ficha autorizo a la realización de las pruebas del Programa. Las muestras residuales serán almacenadas para la investigación biomédica o docencia de acuerdo con la regulación vigente, a no ser que ustedes expresen su negativa por escrito. Asimismo, se le informa que dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

FIRMA