



Le agradecemos completar este formulario y adjuntarlo al momento de presentar la muestra o de traer a su bebé para la toma de muestra. En el caso de enviar la muestra por correo, recuerde que en la tarjeta donde se impregnan las gotas de sangre solamente debe escribir nombre y apellido del bebé.

Estudio requerido (por favor marque la opción deseada):

Pesquisa neonatal ampliada*

Pesquisa neonatal ampliada* + Panel obligatorio por ley**

*Comprende 19 enfermedades sin incluir las del panel obligatorio

**Comprende 6 enfermedades obligatorias por ley

Los costos varían según el estudio requerido, por favor consultar previamente. El pago puede realizarse en efectivo / tarjeta de débito o por transferencia bancaria:

Banco COMAFI - F.E.S.E.N - CUIT: 30-64204178-5

CC: 0470-00851/1

CBU: 2990047504700085110002

Alias: FUND.FESEN

Datos de la madre

Apellido y nombre: _____

Teléfono: _____ Mail para envío de resultados: _____

Datos del pediatra:

Apellido y nombre: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

Datos del bebé

Nombre y Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Hora de nacimiento: _____

Peso al nacer: _____

Alimentado a pecho: SI NO

Alimentado con fórmula: SI NO

Marca: _____

Prematuro: SI NO

Semanas de gesta: _____

Transfusiones: SI NO

Ictericia: SI NO

Antecedentes familiares:

Enfermedades congénitas:

Hipertiroidismo: SI NO

Muerte súbita: SI NO

Otras: _____

Medicación materna: SI NO

En caso afirmativo detallar: _____

Fecha de toma de muestra: ____ / ____ / ____