

MES: _____

ENVÍO N°: _____

TOTAL DE MUESTRAS: _____

IPRESS: _____

N°	DATOS DEL RECIÉN NACIDO					DATOS DE LA MADRE					TOMA DE MUESTRA			
	FECHA DE NACIMIENTO	HORA	PESO	TALLA	SEXO	HISTORIA CLÍNICA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	DNI	DIRECCIÓN	EDAD	EDAD GEST.	F. T. (MX.)
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														