

FORMATO SIS

TAMIZAJE NEONATAL METABÓLICO

RED INTEGRADA DE SALUD

SAN IGNACIO



ENVÍO N°: _____

TOTAL DE MUESTRAS: _____

IPRESS: _____

N°	MUESTRA			APELLIDOS Y NOMBRES DEL NEONATO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA	CÓDIGO DE AFILIACIÓN SIS	TOMA DE MUESTRA DD/MM/AA	DATOS DE LA MADRE O APODERADO		
												APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	FIRMA
1	1RA	2DA	RECHAZ				M	F						
2	1RA	2DA	RECHAZ											
3	1RA	2DA	RECHAZ											
4	1RA	2DA	RECHAZ											
5	1RA	2DA	RECHAZ											
6	1RA	2DA	RECHAZ											
7	1RA	2DA	RECHAZ											
8	1RA	2DA	RECHAZ											
9	1RA	2DA	RECHAZ											
10	1RA	2DA	RECHAZ											
11	1RA	2DA	RECHAZ											