

HOJA DE DATOS DEMOGRAFICOS

Numero de filtro.- _____ Estudio a Realizar.- _____

Fecha de Toma de Muestra.- _____ Hora.- _____

Nombre del Bebé.- _____

Sexo.- _____ Peso.- _____ Talla.- _____

Fecha de Nacimiento.- _____ Hora.- _____

Grupo sanguíneo.- _____ Factor Rh.- _____ Transfusiones.- _____

Medicamentos.- _____ Especifique.- _____

Nombre de la Mamá.- _____

Edad.- _____ Semanas de Embarazo.- _____

Peso de la madre en el embarazo. Inicio.- _____ Final.- _____

Talla.- _____ Grupo sanguíneo.- _____ Factor Rh.- _____

¿Producto único? _____ Especifique.- _____

Tipo de parto.- _____ No. De gestas (hijos): _____

¿Has tomado hormonas tiroideas? _____ Especifique.- _____

Papá.- _____

Grupo sanguíneo.- _____ Factor Rh.- _____

Dirección.- _____

Colonia.- _____ Teléfono.- _____

Ciudad.- _____ Estado.- _____

Pediatra.- _____

Ginecólogo.- _____

¿Muestra inicial? _____ No. De Ficha anterior.- _____

Muestra Tomada por.- _____

Muestra Tomada en.- _____

La información aquí proporcionada es necesaria para el análisis e interpretación del estudio y será usada de manera