

Datos del/a niño/a

1.º Apellido

2.º Apellido

Nombre

Sexo Fecha nacimiento

Hombre Mujer Día Mes Año Hora (24h) h.

Fecha TOMA DE SANGRE

Fecha TOMA DE ORINA

Día Mes Año 20 Hora (24h) h. 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

ETIQUETA

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 D.N.I. N.º S.S./Tjta. Sanitaria

Teléfonos - e-mail:

Teléfono (para SMS)

Datos del Centro de Salud

Centro de Salud

Dirección

Población Teléfono

Pediatra

(Para realización de la prueba completar el dorso)

Consiento que se practiquen a mi hijo/a las pruebas del Programa de Cribado Neonatal (PCN) y pruebas de confirmación bioquímicas y/o genéticas, que podrían incluir diagnóstico de portadores.

Consiento en que las muestras excedentes sean almacenadas en el biobanco del Instituto Murciano de Investigación Biomédica (IMIB-Arrixaca) a los fines de poder utilizarlas para investigación biomédica en proyectos previamente aprobados por un Comité de Ética de la Investigación.

INFORMACIÓN RELATIVA A PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento: Centro de Bioquímica y Genética Clínica (CIF Q8050008E) y, si consiente, el IMIB (CIF G7338857)

Finalidad: PCN e investigación biomédica

Base del tratamiento: consentimiento del usuario

Plazo de conservación: el necesario para la realización de las actividades descritas.

Derechos: acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad, ante el Delegado de Protección de Datos (dpd-sms@carm.es).

Revocación del consentimiento: Puede cambiar de opinión en cualquier momento, salvo para los datos que se hayan obtenido en analíticas ya realizadas hasta ese momento, las cuales podrán ser utilizadas para los fines autorizados y conservarse en cumplimiento de las obligaciones legales correspondientes.



...../...../ 20.....

FIRMA y Fecha

SANGRE

AA

AC

BIOT

AF

TSH

IRT

CYS

17-OHP

OBSERVACIONES

(espacio reservado para el laboratorio)