Departamento de Salud - Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal

HOJA PARA ENTRADA DE DATOS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE CERNIMIENTO AUDITIVO NEONATAL UNIVERSAL

Nombre y Apellidos ***MAMÁ:***				*Nombre y Apellidos* ***INFANTE:***			
Fecha nacimiento:	_____/_____/_____ (m/d/a)	*Email:*		*Fecha nacimiento:*	_____/_____/_____ (m/d/a)		
Últimos 4 dígitos seguro social:		*Dirección física:*		*Sexo:*	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ Desconocido
Pueblo residencia:		*Dirección postal:*		*Núm. Rec. Médico:*		*¿NICU?* ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido	*¿Traslado?* ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido
Teléfono:		*Tipo de plan médico:*	☐ Plan de salud del Gobierno ☐ Plan Privado ☐ Pago cuenta propia ☐ Desconocido	*Lugar nacimiento:*	☐ Hospital _____ ☐ Hogar ☐ Otro, _____		
Teléfonos Alternos:				País:		Estado	Código postal:
Teléfonos Alternos:		*Aseguradora:*		*Tipo parto:*	☐ Sencillo	☐ Múltiple: ☐ 2 ☐ 3 o más infantes ☐ Orden de parto: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	

Fase y Tipo de prueba:	☐ **FASE 1** ☐ **EOA / ☐ ABR**	☐ **FASE 2** ☐ **ABR**	☐ **FASE 1 REPETICION** ☐ **ABR**
¿Se realizó cernimiento?	☐ Sí ☐ No→porqué: _____ Traslado: a dónde: _____ Fecha: _____ (**pasar a los criterios de riesgo y seguir**)	☐ Sí ☐ No→porqué: _____ Traslado: a dónde: _____ Fecha: _____ (**pasar a los criterios de riesgo y seguir)**	☐ Sí ☐ No→porqué: _____ Traslado: a dónde: _____ Fecha: _____ (**pasar a los criterios de riesgo y seguir)**
Fecha cernimiento:	_____/_____/_____ (m/d/a)	_____/_____/_____ (m/d/a)	_____/_____/_____ (m/d/a)
Profesional realizó cernimiento:	☐ Enfermera ☐ Audiólogo ☐ Otro profesional de la Salud: _____	☐ Enfermera ☐ Audiólogo ☐ Otro profesional de la Salud: _____	☐ Enfermera ☐ Audiólogo ☐ Otro profesional de la Salud: _____
Resultado oído derecho:	☐ Pasó ☐ Referir (No pasó) ☐ No pudo ser cernido	☐ Pasó ☐ Referir (No pasó) ☐ No pudo ser cernido	☐ Pasó ☐ Referir (No pasó) ☐ No pudo ser cernido
Resultado oído izquierdo:	☐ Pasó ☐ Referir (No pasó) ☐ No pudo ser cernido	☐ Pasó ☐ Referir (No pasó) ☐ No pudo ser cernido	☐ Pasó ☐ Referir (No pasó) ☐ No pudo ser cernido
Criterios de riesgo:	☐ No aplica ☐ Historial familiar con pérdida auditiva permanente ☐ Infante Cuidado Intensivo (NICU) u otra unidad de cuidado intermedio más de 5 días ☐ Oxigenación por membrana extracorporeal (ECMO) ☐ Ventilación asistida ☐ Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos ☐ Hiperbilirrubinemia que requiera cambio de sangre ☐ Infecciones perinatales- ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes sífilis ☐ Anomalías craneofaciales ☐ Síndrome asociado a pérdida auditiva - ej. Waardenburg ☐ Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer ☐ Trauma en cabeza ☐ Virus Zika ☐ Citomegalovirus (CMV) ☐ Preocupación de los padres o tutor legal (cuidador) ☐ Desconocido ☐ Otro, especifique: _____	☐ No aplica ☐ Historial familiar con pérdida auditiva permanente ☐ Infante Cuidado Intensivo (NICU) u otra unidad de cuidado intermedio más de 5 días ☐ Oxigenación por membrana extracorporeal (ECMO) ☐ Ventilación asistida ☐ Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos ☐ Hiperbilirrubinemia que requiera cambio de sangre ☐ Infecciones perinatales- ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes o sífilis ☐ Anomalías craneofaciales ☐ Síndrome asociado a pérdida auditiva - ej. Waardenburg ☐ Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer ☐ Trauma en cabeza ☐ Virus Zika ☐ Citomegalovirus (CMV) ☐ Preocupación de los padres o tutor legal (cuidador) ☐ Desconocido ☐ Otro, especifique: _____	☐ No aplica ☐ Historial familiar con pérdida auditiva permanente ☐ Infante Cuidado Intensivo (NICU) u otra unidad de cuidado intermedio más de 5 días ☐ Oxigenación por membrana extracorporeal (ECMO) ☐ Ventilación asistida ☐ Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos ☐ Hiperbilirrubinemia que requiera cambio de sangre ☐ Infecciones perinatales- ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes o sífilis ☐ Anomalías craneofaciales ☐ Síndrome asociado a pérdida auditiva - ej. Waardenburg ☐ Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer ☐ Trauma en cabeza ☐ Virus Zika ☐ Citomegalovirus (CMV) ☐ Preocupación de los padres o tutor legal (cuidador) ☐ Desconocido ☐ Otro, especifique: _____
Cita coordinada:	Fecha: _____/_____/_____ (m/d/a)	Fecha: _____/_____/_____ (m/d/a)	Fecha: _____/_____/_____ (m/d/a)
Fecha de registro en el sistema:	Fecha: _____/_____/_____ (m/d/a)	Fecha: _____/_____/_____ (m/d/a)	Fecha: _____/_____/_____ (m/d/a)
Núm. Identificación:	_____	_____	_____

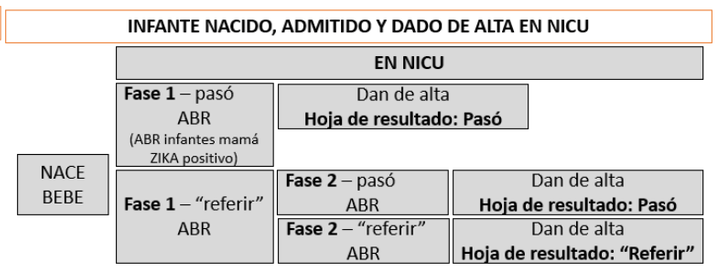
El Departamento de Salud no se hace responsable de la utilización de este documento que no sea exclusivo para apoyo con información al sistema PCANU –IS y/o no se disponga de un lugar seguro de almacenamiento. ***Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal P.O. Box 70184 San Juan PR 00936. 787-765-2929 x. 4587*** **(Rev. Mayo,2022)**

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO PARA ENTRADA DE DATOS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE CERNIMIENTO AUDITIVO NEONATAL UNIVERSAL (PCANU-IS)

Este formulario se utilizará para la recopilación de información necesaria para el sistema PCANU-IS. La Ley 311 de 2003 estipula el establecimiento de un sistema de rastreo para recoger información del infante nacido y el estado del cernimiento auditivo en los hospitales de nacimiento de Puerto Rico. La ley también establece que antes de 10 días laborales (15 días aproximadamente), luego de la realización del cernimiento auditivo, este resultado sea entrado al sistema de rastreo. El propósito de este sistema de información es identificar los infantes con posible pérdida auditiva desde su nacimiento de manera que se le provea la coordinación de servicios adecuados de acuerdo con la Meta 1 – 3 – 6. Esta meta establece que todo infante debe de tener un cernimiento auditivo completo antes del mes de nacido (1), para aquellos infantes que no pasan el cernimiento auditivo deben de recibir una evaluación auditiva diagnóstica antes de los tres meses de edad (3) y esos infantes que son diagnosticados con pérdida auditiva o sordos deben comenzar a recibir servicios de intervención temprana antes de los seis meses de edad (6). El formulario se divide en tres categorías: Información de la madre, Información del infante e Información del cernimiento auditivo. Para un cernimiento auditivo completo se requiere que el infante sea cernido de acuerdo con las fases correspondientes antes de ser dado de alta.

Favor de cumplimentar todos los encasillados del Formulario. A continuación, se presentan las especificaciones de algunos de los campos del sistema PCANU-IS.

1. Nombre y Apellidos de MAMÁ – incluir nombre, segundo nombre, apellido paterno y apellido materno. Si no tiene uno de los apellidos escribir Desconocido. Ej. MARIA CRUZ DESCONOCIDO (cuando apellido materno no está disponible).
2. Teléfono y Teléfonos Alternos – incluir hasta tres teléfonos de mamá.
3. Nombre y Apellidos INFANTE – incluir nombre, segundo nombre, apellido paterno y apellido materno del infante. Si no tiene uno de los apellidos escribir Desconocido. Ej. JUAN DESCONOCIDO CLASS (cuando apellido paterno no está disponible).
4. Tipo de parto – identificar si es sencillo o múltiple. Si es múltiple identificar el orden de parto.
5. ¿Se realizó el cernimiento? – si NO se realizó el cernimiento seleccionar NO y escribir la razón o razones. Si el infante fue trasladado, escribir el hospital de traslado y la fecha del traslado. Deberá llenar las áreas de criterios de riesgo, fecha del registro en el sistema y Núm. Identificación.
6. Criterios de riesgo – seleccionar todos los criterios de riesgo que tiene el infante.
7. Cita coordinada – de haberse coordinado cita para evaluación, favor de escribir la fecha.
8. Fecha de registro en el sistema – fecha en que se reporta en el sistema el informe de cernimiento auditivo (ya sea porque se realizó el cernimiento o no).
9. Núm. Identificación – es el número (ID) del informe de cernimiento auditivo o el "unique number ID" que provee el sistema.

IMPORTANTE:

1. Infante trasladado se requiere el registro de la madre (de no estar registrada) e infante al sistema a la mayor brevedad ya que el hospital que recibe al infante estará reportando el resultado del cernimiento auditivo.
2. Todo infante que se recibe de traslado debe de reportar en el sistema el resultado del cernimiento auditivo.
3. Todos los resultados de cernimientos auditivos realizados al infante deben de ser entrados al sistema PCANU-IS.