



Departamento de Salud - Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal  
**HOJA PARA ENTRADA DE CERNIMIENTO AUDITIVO AL SISTEMA DE RASTREO: PR EHD1-IS**

<b>Nombre y Apellidos MAMÁ:</b>				<b>Nombre y Apellidos INFANTE:</b>							
<b>Fecha nacimiento MAMÁ:</b> ____/____/____ (m/d/a)		<b>Correo electrónico:</b>		<b>Fecha nacimiento INFANTE:</b> ____/____/____ (m/d/a)							
<b>Últimos 4 dígitos seguro social:</b>		<b>Dirección física:</b>		<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No determinado							
<b>Pueblo de residencia:</b>		<b>Dirección postal:</b>		<b>Núm. Record Médico:</b>							
<b>Teléfono:</b>		<b>Aseguradora:</b>		<b>Lugar de nacimiento:</b> <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro, _____							
<b>Teléfonos Alternos:</b>		<b>#Plan Médico:</b>		<b>Tipo parto:</b> <input type="checkbox"/> Sencillo <input type="checkbox"/> Múltiple: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más infantes		<b>Orden de parto:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
<b>Fase y Tipo de prueba:</b>			<input type="checkbox"/> FASE 1 <input type="checkbox"/> EOA / <input type="checkbox"/> ABR			<input type="checkbox"/> FASE 2 <input type="checkbox"/> ABR			<input type="checkbox"/> FASE 1 REPETICION <input type="checkbox"/> ABR		
<b>¿Se realizó cernimiento?</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → porqué: _____ Traslado: a dónde: _____ Fecha: _____ <b>(pasar a la parte de criterios de riesgo y llenar lo que sigue)</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → porqué: _____ Traslado: a dónde: _____ Fecha: _____ <b>(pasar a la parte de criterios de riesgo y llenar lo que sigue)</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → porqué: _____ Traslado: a dónde: _____ Fecha: _____ <b>(pasar a la parte de criterios de riesgo y llenar lo que sigue)</b>		
<b>Fecha cernimiento:</b> ____/____/____ (m/d/a)			____/____/____ (m/d/a)			____/____/____ (m/d/a)			____/____/____ (m/d/a)		
<b>Profesional realizó prueba:</b>			Profesional: _____			Profesional: _____			Profesional: _____		
<b>Resultado oído izquierdo:</b>		<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referir (No pasó) <input type="checkbox"/> No pudo ser cernido		<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referir (No pasó) <input type="checkbox"/> No pudo ser cernido		<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referir (No pasó) <input type="checkbox"/> No pudo ser cernido		<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referir (No pasó) <input type="checkbox"/> No pudo ser cernido		<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referir (No pasó) <input type="checkbox"/> No pudo ser cernido	
<b>Resultado oído derecho:</b>		<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referir (No pasó) <input type="checkbox"/> No pudo ser cernido		<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referir (No pasó) <input type="checkbox"/> No pudo ser cernido		<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referir (No pasó) <input type="checkbox"/> No pudo ser cernido		<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referir (No pasó) <input type="checkbox"/> No pudo ser cernido		<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Referir (No pasó) <input type="checkbox"/> No pudo ser cernido	
<b>Criterios de riesgo:</b>			<input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Nacido padres con pérdida auditiva permanente <input type="checkbox"/> Historial familiar con pérdida auditiva permanente <input type="checkbox"/> Infante en Cuidado Intensivo (NICU) o cualquier otra unidad de cuidado intermedio por más de 5 días <input type="checkbox"/> Oxigenación por membrana extracorporeal (ECMO) <input type="checkbox"/> Ventilación asistida <input type="checkbox"/> Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia que requiera cambio de sangre <input type="checkbox"/> Infecciones perinatales- ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes o sífilis <input type="checkbox"/> Anomalías craneofaciales <input type="checkbox"/> Síndrome asociado a pérdida auditiva - ej. Waardenburg <input type="checkbox"/> Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer <input type="checkbox"/> Trauma en cabeza <input type="checkbox"/> Virus Zika <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____			<input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Nacido padres con pérdida auditiva permanente <input type="checkbox"/> Historial familiar con pérdida auditiva permanente <input type="checkbox"/> Infante en Cuidado Intensivo (NICU) o cualquier otra unidad de cuidado intermedio por más de 5 días <input type="checkbox"/> Oxigenación por membrana extracorporeal (ECMO) <input type="checkbox"/> Ventilación asistida <input type="checkbox"/> Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia que requiera cambio de sangre <input type="checkbox"/> Infecciones perinatales- ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes o sífilis <input type="checkbox"/> Anomalías craneofaciales <input type="checkbox"/> Síndrome asociado a pérdida auditiva - ej. Waardenburg <input type="checkbox"/> Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer <input type="checkbox"/> Trauma en cabeza <input type="checkbox"/> Virus Zika <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____			<input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Nacido padres con pérdida auditiva permanente <input type="checkbox"/> Historial familiar con pérdida auditiva permanente <input type="checkbox"/> Infante en Cuidado Intensivo (NICU) o cualquier otra unidad de cuidado intermedio por más de 5 días <input type="checkbox"/> Oxigenación por membrana extracorporeal (ECMO) <input type="checkbox"/> Ventilación asistida <input type="checkbox"/> Exposición a medicación ototóxica como antibióticos y diuréticos <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia que requiera cambio de sangre <input type="checkbox"/> Infecciones perinatales- ej. toxoplasmosis, rubéola, herpes o sífilis <input type="checkbox"/> Anomalías craneofaciales <input type="checkbox"/> Síndrome asociado a pérdida auditiva - ej. Waardenburg <input type="checkbox"/> Infecciones identificadas en bebé por cultivos positivos después de nacer <input type="checkbox"/> Trauma en cabeza <input type="checkbox"/> Virus Zika <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____		
<b>Cita coordinada:</b>		Fecha: ____/____/____ (m/d/a)		Fecha: ____/____/____ (m/d/a)		Fecha: ____/____/____ (m/d/a)		Fecha: ____/____/____ (m/d/a)		Fecha: ____/____/____ (m/d/a)	
<b>Fecha de registro en el sistema:</b>		Fecha: ____/____/____ (m/d/a)		Fecha: ____/____/____ (m/d/a)		Fecha: ____/____/____ (m/d/a)		Fecha: ____/____/____ (m/d/a)		Fecha: ____/____/____ (m/d/a)	
<b>Núm. Identificación:</b>		_____		_____		_____		_____		_____	

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO PARA ENTRADA DE DATOS AL PUERTO RICO EARLY HEARING DETECTION AND INTERVENTION INFORMATION SYSTEM (PR EHDI-IS)**

Este formulario se utilizará para la colección de información de un infante para el sistema PR EHDI-IS del Departamento de Salud. La Ley 311 de 2003 incluye 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, de acuerdo con la Fase a reportar. A continuación, se presentan las especificaciones de algunos de los campos del sistema PR EHDI-IS.

- 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).
- Teléfono y Teléfonos Alternos – incluir hasta tres teléfonos de mamá.
- 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).
- Tipo de parto – identificar si es sencillo o múltiple. Si es múltiple identificar el orden de parto.
- ¿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.
- Criterios de riesgo – seleccionar todos los criterios de riesgo que tiene el infante.
- Cita coordinada – de haberse coordinado cita para evaluación, favor de escribir la fecha.
- 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)
- Núm. Identificación – es el número (ID) del informe de cernimiento auditivo o el “unique number ID” que provee el sistema.

**IMPORTANTE:**

- Debe de entrar la información de mamá (de no estar en el sistema) y bebé al sistema a la mayor brevedad ya que el hospital que recibe al infante estará reportando el resultado del cernimiento auditivo.
- Todo infante que llegue de traslado hay que reportar el resultado del cernimiento auditivo en el sistema.
- Todos los resultados de cernimientos auditivos realizados al infante deben de ser entrados al sistema PR EHDI-IS.

Cuando el infante es admitido a Nursery (well baby)

EN NURSERY (WELL BABIES)		
NACE BEBE	Fase 1 – pasó EOA ó ABR (ABR infantes mamá ZIKA positivo)	Dan de alta Hoja de resultado: Pasó
	Fase 1 – no pasó EOA ó ABR	Fase 2 – pa só ABR
	Fase 1 – no pasó EOA ó ABR	Fase 2 – no pasó ABR

Cuando el infante es admitido a NICU al nacer

EN NICU		
NACE BEBE	Fase 1 – pasó ABR (ABR infantes mamá ZIKA positivo)	Dan de alta Hoja de resultado: Pasó
	Fase 1 – no pasó ABR	Fase 2 – pasó ABR
	Fase 1 – no pasó ABR	Fase 2 – no pasó ABR

Cuando el infante es admitido en Nursery y luego pasó a NICU

EN NURSERY (WELL BABIES)	Y LUEGO FUE ADMITIDO EN NICU		
NACE BEBE	Fase 1 – pasó EOA ó ABR (ABR infantes mamá ZIKA positivo)	Fase 1 Repetición – pasó ABR	Dan de alta Hoja de resultado: Pasó
	Fase 1 – no pasó EOA ó ABR	Fase 1 Repetición – no pasó ABR	Fase 2 – pasó ABR
		Fase 1 Repetición – no pasó ABR	Fase 2 – no pasó ABR
	Fase 1 – no pasó EOA ó ABR	Fase 2 – pasó ABR	Dan de alta Hoja de resultado: Pasó
Fase 1 – no pasó EOA ó ABR	Fase 2 – no pasó ABR	Dan de alta Hoja de resultado: Referido	