



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 <b>MAMÁ:</b>				Nombre y Apellidos <b>INFANTE:</b>			
Fecha nacimiento: ____/____/____ (m/d/a)		Email: _____		Fecha nacimiento: ____/____/____ (m/d/a)			
Últimos 4 dígitos seguro social: _____		Dirección física: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido			
Pueblo residencia: _____		Dirección postal: _____		Núm. Rec. Médico: _____		¿NICU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
Teléfono: _____		Tipo de plan médico: <input type="checkbox"/> Plan de salud del Gobierno <input type="checkbox"/> Plan Privado <input type="checkbox"/> Pago cuenta propia <input type="checkbox"/> Desconocido		Lugar nacimiento: <input type="checkbox"/> Hospital _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro, _____		¿Traslado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
Teléfonos Alternos: _____		Aseguradora: _____		País: _____ Estado: _____		Código postal: _____	
Teléfonos Alternos: _____				Tipo parto: <input type="checkbox"/> Sencillo <input type="checkbox"/> Múltiple: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más infantes <input type="checkbox"/> Orden de parto: <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	
¿Se realizó cernimiento?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → porqué: _____ Traslado: a dónde: _____ Fecha: _____ (pasar a los criterios de riesgo y seguir)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → porqué: _____ Traslado: a dónde: _____ Fecha: _____ (pasar a los criterios de riesgo y seguir)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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)		____/____/____ (m/d/a)	
Profesional realizó cernimiento:		<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Audiólogo <input type="checkbox"/> Otro profesional de la Salud: _____		<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Audiólogo <input type="checkbox"/> Otro profesional de la Salud: _____		<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Audiólogo <input type="checkbox"/> Otro profesional de la Salud: _____	
Resultado oído derecho:		<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	
Resultado oído izquierdo:		<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	
Criterios de riesgo:		<input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Historial familiar con pérdida auditiva permanente <input type="checkbox"/> Infante Cuidado Intensivo (NICU) u otra unidad de cuidado intermedio 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 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"/> Preocupación de los padres o tutor legal (cuidador) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____		<input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Historial familiar con pérdida auditiva permanente <input type="checkbox"/> Infante Cuidado Intensivo (NICU) u otra unidad de cuidado intermedio 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"/> Preocupación de los padres o tutor legal (cuidador) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____		<input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Historial familiar con pérdida auditiva permanente <input type="checkbox"/> Infante Cuidado Intensivo (NICU) u otra unidad de cuidado intermedio 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"/> Preocupación de los padres o tutor legal (cuidador) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> 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: _____		_____		_____		_____	

