

Centro de Salud que Reporta	Fecha de Reporte (dd/mm/aaaa)
------------------------------------	--------------------------------------

Datos de la Madre

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nacionalidad	Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> ced <input type="checkbox"/> pas <input type="checkbox"/> exp <input type="checkbox"/> res <input type="checkbox"/> ND	Número de Identificación	Edad	Teléfono	Madre Residente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Provincia	Cantón	Distrito	Barrio Residencia	Dirección de Residencia	

Datos del Padre

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> ced <input type="checkbox"/> pas <input type="checkbox"/> exp <input type="checkbox"/> res <input type="checkbox"/> ND	Número de Identificación	Edad	Teléfono		

Datos del Parto y del Niño

Centro de Salud de Nacimiento				Fecha de Parto (dd/mm/aaaa)	
Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> ced <input type="checkbox"/> cert nac <input type="checkbox"/> exp <input type="checkbox"/> ND	Número de Identificación	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Amb	Condición de Nacimiento <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto	Fecha fallecido (si nació vivo y falleció anote dd/mm/aaaa)	
Edad gestacional (sem)	Tipo Malformación <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Múltiple	Clase Malformación (Uso exclusivo CREC)	Peso al nacimiento en (gr)	Condición de Salida <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Fallecido	
Perímetro Cefálico (PC) al nacer (en cms):		PC las 24h de nacido (en cm):		Talla de Nacimiento(en cm):	

Descripción de malformaciones

(Describa cada defecto congénito y anote cuál (es) de ellos tuvo diagnóstico prenatal y cuál(es) amerita confirmación)

Funcionario que reporta (Nombre y código)	Consecutivo (para digitadores) (anotar número de boleta que asigna el sistema al digitar)
--	---

Instrucciones de llenado Boleta de notificación obligatoria de malformaciones congénitas

La presente boleta constituye el formulario para cumplir con el decreto 16488-S y su modificación 34398-S, donde se establece que los funcionarios de los establecimientos de salud están obligados a remitir toda la información de los nacimientos cuyas características indiquen alguna alteración congénita, el decreto 30945-S de vigilancia de la salud y el protocolo de vigilancia de microcefalias. Por favor escribir con lapicero y letra clara.

Nombre del establecimiento: Nombre del establecimiento de salud de donde procede la boleta. Ej. *H. Max Peralta*.

Fecha de reporte: Indicar la fecha en que se llena la boleta con el siguiente formato (DD-MM-AAAA).

DATOS DE LA MADRE

Nombre de la madre: Anote el nombre, primer apellido, segundo apellido en los espacios correspondientes.

Nacionalidad: Anotar país de origen.

Tipo de Identificación: Anotar si es el número de cédula, pasaporte, residencia o número de expediente. Si no se conoce coloque N/D.

Número de Identificación: Anotar el número de identificación de la madre.

Edad materna: Anotar la edad en años cumplidos.

Teléfonos: Anote el número de teléfono de la residencia de la madre, celular o algún otro teléfono disponible.

Madre residente: Si la madre residió durante Todo su embarazo en Costa Rica, anote **SI**. Si solo residió en Costa Rica parte del embarazo anote **No**

Lugar de residencia: Anote la provincia, cantón, distrito, barrio o caserío y dirección del lugar de residencia del paciente en los espacios correspondientes.

DATOS DEL PADRE

Nombre del padre: Anote el nombre, primer apellido y segundo apellido en los espacios correspondientes.

Tipo de Identificación: Anotar si es el número de cédula, pasaporte, residencia o número de expediente

Número de Identificación: Anotar el número de identificación del padre. Si no se conoce coloque N/D.

Edad: Anotar la edad del padre en años cumplidos.

Teléfonos: Anote el número de teléfono de la residencia del padre, celular o algún otro teléfono disponible

DATOS DEL PARTO Y DEL NIÑO

Centro de Salud de Nacimiento: Anote el establecimiento de salud donde nació el niño.

Fecha de parto: Indique la fecha de nacimiento con el siguiente formato (DD-MM-AAAA)

Nombre completo: Anote el nombre, primer apellido y segundo apellido en los espacios correspondientes.

Tipo de Identificación: Anotar si es el número de cédula, certificado de nacimiento o número de expediente. Si no se conoce coloque N/D.

Número de Identificación: Anotar el número de identificación del niño.

Sexo: Notar femenino, masculino o ambiguo según corresponda.

Condición de nacimiento: Anote vivo o muerto según corresponda.

Fecha de fallecido: Si nació vivo y falleció anote la fecha de fallecido con el siguiente formato (DD_MM_AAAA)

Edad gestacional: Anote la edad gestacional al nacimiento en semanas.

Tipo de malformación: En este espacio debe anotar si es un defecto congénito único (simple) o múltiple.

Clase Malformación: En el caso de una malformación múltiple, debe anotar si es un síndrome, una asociación o si los defectos no están relacionados, si fuese defecto único se anota No aplica. Este campo no es obligatorio.

Peso al nacimiento: Anote el peso al nacer en gramos.

Condición de salida: Indique si egresa a la casa, a otro hospital (anote el nombre) o si fallece.

Circunferencia cefálica al nacer: mida la circunferencia cefálica con una cinta métrica (como se indica en el protocolo de microcefalia) y anote el dato en cm con un decimal.

Circunferencia cefálica a las 24h de nacido: A las 24h de nacido mida de nuevo la circunferencia cefálica y anote el dato en cm con un decimal. Este punto aplica para los casos sospechosos de microcefalia.

Talla de Nacimiento: Anote la talla al nacer en cm con un decimal.

Descripción de malformaciones: Describa todos los defectos congénitos que presente el niño (detalle con letra clara tipo de malformación, localización, tamaño y otros detalles). Si se hace el diagnóstico de un síndrome, debe anotar además los defectos congénitos encontrados para hacer el diagnóstico. Si le hace falta espacio puede anotar en el reverso de la hoja, o adjuntar otra. **Describa para cada defecto congénito si el diagnóstico fue confirmado (en caso necesario) o está pendiente de confirmar. Anote además si el defecto congénito se diagnosticó prenatalmente.**

Funcionario que reporta: Anote el nombre del profesional o personal de salud que llenó la boleta.

Consecutivo: Para uso de digitadores del sistema de información en línea del CREC. Anotar el -# de boleta que asigna el sistema una vez que guarda la boleta. Esta boleta deberá enviarse al CREC de acuerdo al flujo de información establecido en sus respectivos manuales y protocolos.