



Boleta de notificación obligatoria de malformaciones congénitas



Nombre del Establecimiento : _____	Fecha de reporte: (DD-MM-AAAA) _____
---	---

Datos de la madre

Nombre completo de la Madre: _____			
<input type="checkbox"/> # Cédula _____	<input type="checkbox"/> # Pasaporte _____	<input type="checkbox"/> # Expediente _____	
Nacionalidad: _____	Edad: _____ años	Teléfonos: _____	
Recibió vacuna rubéola (después de los 12 años, pedir carné): 1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> ND.			
Lugar de residencia			
_____	_____	_____	_____
<i>Provincia</i>	<i>Cantón</i>	<i>Distrito</i>	<i>Barrio – Caserío</i>
Otras señas: (Dirección exacta) _____			

Datos del padre

Nombre completo del Padre: _____			
<input type="checkbox"/> # Cédula _____	<input type="checkbox"/> # Pasaporte _____	<input type="checkbox"/> # Expediente _____	
Edad: _____ años	Teléfonos: _____		

Datos del niño/a

Nombre completo : _____			
<input type="checkbox"/> # Expediente _____	<input type="checkbox"/> # Cédula _____	<input type="checkbox"/> # Certificado nacimiento _____	
Fecha de nacimiento: (DD-MM-AAAA) _____			
Sexo: 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Femenino 3. <input type="checkbox"/> Ambiguo		Condición al nacimiento: 1. <input type="checkbox"/> vivo 2. <input type="checkbox"/> muerto	
Edad gestacional _____ # semanas (1. Capurro 2. FUR 3. U.S)		Peso al nacer: _____ gramos	
Condición de salida: 1. <input type="checkbox"/> Casa 2. <input type="checkbox"/> Traslado HNN 3. <input type="checkbox"/> Otro hospital, especifique _____ 4. <input type="checkbox"/> Fallecido			

Describe las malformaciones congénitas (detalle con letra clara tipo de malformación, localización, tamaño y otros)

El niño/niña corresponde a : <input type="checkbox"/> Malformado simple <input type="checkbox"/> Malformado múltiple (2 o más malformaciones)	Uso del GREC Códigos CIE 10
Descripción:	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____
	6. _____
	7. _____

Se realizó reflejo rojo? 1. NO 2. SI Resultado: nl anormal especifique _____

Nombre y código del profesional de salud que llenó la boleta:	Nombre del funcionario de REMES:	Sello
---	----------------------------------	-------

Si usted tiene alguna duda llame al Centro de Registro de Enfermedades Congénitas ubicado en INCIENSA, Tres Ríos, al 2799911 ext 145, fax 2795546, 2798175.

Instrucciones de llenado Boleta de notificación obligatoria de malformaciones congénitas

La presente boleta constituye el formulario para cumplir con el decreto 16488- 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, y el decreto 30945-S de vigilancia de la salud. La información del niño/niña debe ser llenada por el profesional de salud que atiende al niño/a una vez realizado el examen físico completo. El resto del formulario debe ser llenado por el personal de registros médicos o quien asuma esta función. Por favor escribir con lapicero y letra clara.

Nombre del establecimiento: Indicar el nombre del establecimiento de salud de donde procede la boleta. Ej. Hospital Max Peralta

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

NOMBRE DE LA MADRE

Nombre de la madre: Anote primer apellido, segundo apellido y nombre

Identificación: Anotar el número de cédula, pasaporte o número de expediente

Nacionalidad: Anotar país de origen

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 por medio del cual se pueda contactar.

Recibió vacuna rubéola: Anote en la casilla según corresponda, por favor verifique con el carnet de vacuna si realmente la madre recibió la vacuna de rubéola después de los 12 años

Lugar de residencia: Anote la provincia, cantón, distrito y caserío del lugar de residencia del paciente. Otras señas: anote la dirección exacta del domicilio del paciente

NOMBRE DEL PADRE

Nombre del padre: Anote primer apellido, segundo apellido y nombre

Identificación: Anotar el número de cédula, pasaporte o número de expediente

Edad paterna: Anotar la edad en años cumplidos

Teléfonos: Anote el número de teléfono de la residencia del padre, celular o algún otro teléfono disponible por medio del cual se pueda contactar. (en caso que sea diferente al teléfono de la madre)

NOMBRE DEL NIÑO

Nombre completo: Anote primer apellido, segundo apellido y nombre

Identificación: Anotar el número de expediente, cédula y número de certificado de nacimiento

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

Sexo: Marque la casilla que corresponda, si no se puede identificar si es femenino o masculino marque ambiguo

Condición al nacimiento: Marque la casilla que corresponda

Edad gestacional: Anote la edad gestacional al nacimiento en semanas y marque el método utilizado para el cálculo.

Peso al nacer: Anote el peso al nacer en gramos

Condición de salida: Indique la condición en que egresa el paciente según corresponda

Describe las malformaciones congénitas (detalle con letra clara tipo de malformación, localización, tamaño y otros detalles)

Marque si el niño/niña presenta una malformación simple o corresponde a un malformado múltiple, (los síndromes se consideran malformados múltiples) además de anotar el nombre del síndrome se deben especificar todas las malformaciones que presenta el niño/niña.

Se realizó reflejo rojo? Marque la casilla que corresponda. En caso que el resultado sea anormal, especifique cuál fue el hallazgo.

Nombre y código del profesional que llenó la boleta: anote el nombre y código del profesional de salud que llenó la boleta

Nombre del funcionario de REMES: Anote el nombre del funcionario de REMES que llenó la boleta

Sello: Coloque el sello del establecimiento de salud.

Flujo y oportunidad de los datos

Esta boleta deberá enviarse de acuerdo al flujo de información normado en los decretos mencionados anteriormente