|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-02541S (11/2019) | **STATE OF WISCONSIN**Página 1 de 3 |
| **NOMINACIÓN DE LA CONDICIÓN DE DEFECTOS DE NACIMIENTO DE WISCONSIN****WISCONSIN BIRTH DEFECTS CONDITION NOMINATION** |
| Seleccione si está nominando para agregar o eliminar una condición.[ ]  Agregar una condición [ ]  Remover una condición |
| \* Todos los nominadores y las organizaciones copatrocinadoras tienen que completar una Determinación de conflicto de interés (póngase en contacto con el programa para una copia). **NOTA:** Proporcione referencias clave para cada declaración con el número de referencia correspondiente indicado en la [página 2](#references). |
| **INFORMACIÓN DE CONDICIÓN NOMINADA** |
| Condición nominada | Fecha de la nominación |
|       |       |
| Nominador |
| Nombre | Organización | Afiliación (p. ej., clínico, defensor) |
|       |       |       |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Correo electrónico | Número de teléfono |
|       |       |
| 1. Organización copatrocinadora (si corresponde; incluya patrocinadores adicionales en la [página 3](#organizations), si es necesario) |
| Nombre | Organización | Afiliación (p. ej., clínico, defensor) |
|       |       |       |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Correo electrónico | Número de teléfono |
|       |       |
| Código ICD-10 asociado | Descripción de la condición |
|       |       |
| Definición de caso (por ejemplo, CDC, CSTE; Opcional) |
|       |
| Incidencia y método de determinación (determinado por el método(s), p. ej., examen piloto, identificación clínica, revisión de literatura) |
|       |
| Gravedad de la enfermedad (p. ej., morbilidad, discapacidad, mortalidad, espectro de gravedad, historia natural) |
|       |
| ¿Capturan otros registros estatales de defectos congénitos la afección nominada? [ ]  Sí [ ]  No. En caso afirmativo, indique a continuación. |
|       |
| Agregar una condición |
| ¿Por qué se debe agregar esta condición? |
|       |
| ¿Por qué esta condición es un problema de salud pública? |
|       |
| Remover una condición |
| ¿Por qué se debe remover esta condición? |
|       |
| ¿Por qué esta condición ya no es un problema de salud pública? |
|       |

| **INFORMACIÓN DE LA CONDICIÓN NOMINADA** |
| --- |
| Condición nominada | Fecha de la nominación |
|   |   |
| **DEFINICIÓN DEL CRITERIO** |
| **Todas las condiciones nominadas deben cumplir con los cinco criterios de defectos congénitos primarios establecidos. Las condiciones emergentes pueden quedar excluidas de este requisito.****Criterio 1:** La condición se ajusta a la definición legal de un defecto de nacimiento (es decir, una deformación estructural, interrupción o displasia, o una enfermedad genética, hereditaria o bioquímica que ocurre antes o al nacer).**Criterio 2:** La condición generalmente se puede identificar a los dos años de edad (el límite del estatuto).**Criterio 3:** La afección tiene importancia médica, quirúrgica o de desarrollo.**Criterio 4:** La condición es de frecuencia ‘suficiente’ (prevalencia de nacimiento), o sea que es una prevalencia de nacimiento estimada de 1 en 30,000 nacimientos. En Wisconsin, esto significaría que se esperarían dos o más ocurrencias cada año en Wisconsin.**Criterio 5:** Es probable que se determine la condición mediante la evaluación en una o más clínicas especializadas. |
| **REFERENCIAS CLAVE** |
| Referencia | Criterio 1 |
| 1. |       |
| 2. |       |
| Criterio 2 |
| 3. |       |
| 4. |       |
| Criterio 3 |
| 5. |       |
| 6. |       |
| Criterio 4 |
| 7. |       |
| 8. |       |
| Criterio 5 |
| 9. |       |
| 10. |       |
| Instrucciones de envío |
| Incluya:[ ]  Este formulario, Nominación de condición de defectos de nacimiento de Wisconsin, ya completado[ ]  Determinación de conflicto de interés, lo deben completar el nominador y todas las organizaciones copatrocinadoras (formulario disponible si lo solicita)[ ]  Documentación de referencias que respalden los criterios[ ]  Formato PDF (o copias impresas si se envía por correo) de referencias |
| Enviar nominaciones a: DHSWBDR@dhs.wisconsin.gov.O por correo: Wisconsin Department of Health ServicesDivision of Public HealthBirth Defects Prevention and Surveillance Program1 W Wilson Street, Rm 233Madison, WI 53703 |
| **FOR STAFF USE ONLY** |
| Select if the condition is either emerging or non-emerging.[ ]  Emerging Public Health Concern Condition [ ]  Non-emerging Condition |
| **ORGANIZACIONES DE CO-PATROCINIO ADICIONALES** |
| 2. Organización copatrocinadora |
| Nombre | Organización | Afiliación (p. ej., clínico, defensor) |
|       |       |       |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Correo electrónico | Número de teléfono |
|       |       |
| 3. Organización copatrocinadora |
| Nombre | Organización | Afiliación (p. ej., clínico, defensor) |
|       |       |       |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Correo electrónico | Número de teléfono |
|       |       |
| 4. Organización copatrocinadora |
| Nombre | Organización | Afiliación (p. ej., clínico, defensor) |
|       |       |       |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Correo electrónico | Número de teléfono |
|       |       |
| 5. Organización copatrocinadora |
| Nombre | Organización | Afiliación (p. ej., clínico, defensor) |
|       |       |       |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Correo electrónico | Número de teléfono |
|       |       |
| 6. Organización copatrocinadora  |
| Nombre  | Organización | Afiliación (p. ej., clínico, defensor) |
|       |       |       |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Correo electrónico | Número de teléfono |
|       |       |