|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-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](mailto:DHSWBDR@dhs.wisconsin.gov?subject=Wisconsin%20Birth%20Defects%20Condition%20Nomination).  O por correo: Wisconsin Department of Health Services  Division of Public Health  Birth Defects Prevention and Surveillance Program  1 W Wilson Street, Rm 233  Madison, 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 | |
|  | | | | |  | |