

**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](#).

**INFORMACIÓN DE CONDICIÓN NOMINADA**

|   |                             |              |                        |                                       |
|---|-----------------------------|--------------|------------------------|---------------------------------------|
| Condición nominada  |                             |              | Fecha de la nominación |                                       |
| Nominador   |                             |              |                        |                                       |
| Nombre  |                             | Organización |                        | Afilación (p. ej., clínico, defensor) |
| Dirección   |                             | Ciudad       |                        | Estado                                |
|   |                             |              |                        | Código postal                         |
| Correo electrónico  |                             |              | Número de teléfono     |                                       |
| 1. Organización copatrocinadora (si corresponde; incluya patrocinadores adicionales en la <a href="#">página 3</a> , si es necesario) |                             |              |                        |                                       |
| Nombre  |                             | Organización |                        | Afilación (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).

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

**INFORMACIÓN DE LA CONDICIÓN NOMINADA**

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| Condición nominada | Fecha de la nominación |
|--------------------|------------------------|

**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 |  |               |