



Centro de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico
Universidad de Puerto Rico • Recinto de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina



6 de julio de 2015

Directores de Hospitales
Supervisores de Nursery y NICU
Tecnólogos Médicos

Sulay Rivera Sánchez

Dra. Sulay Rivera-Sánchez
Directora Asociada
Centro de Enfermedades Hereditarias de PR
Programa de Cernimiento Neonatal

BOLETAS NUEVA

El Programa de Cernimiento Neonatal (PCN) de Puerto Rico desea informar que para este mes se comenzará a distribuir una nueva boleta para la toma de muestra de sangre seca. En esta nueva boleta, se trabajó con un nuevo diseño, se simplificó la información solicitada, y se brindó mayor espacio para algunos campos. Con este nuevo modelo, continuamos requiriendo del **consentimiento de los padres** para que la muestra pueda ser utilizada por el PCN en el mejoramiento de la calidad de las pruebas y en proyectos de investigación relacionados a enfermedades hereditarias en Puerto Rico. **Es importante que esta parte sea completada por los padres.**

Solicitamos que continúen utilizando las boletas con diseños anteriores que tengan disponibles antes de comenzar el nuevo modelo. **Recuerden siempre verificar la fecha de expiración de las boletas.**

El personal correspondiente debe repasar en su totalidad el contenido de la boleta nueva. Como ustedes conocen para nuestro programa es vital que **toda** la información solicitada en la boleta sea completada y que la muestra sea tomada de la forma más adecuada posible. Recordamos que la boleta es un “device” regulado por la FDA e inspeccionado por las agencias reguladoras de laboratorios que nos visitan.

Contamos con su compromiso para continuar brindado un servicio de calidad y así cumplir con los objetivos del Programa de Cernimiento Neonatal logrando hacer una diferencia en la vida de los neonatos que lo necesiten.

Estamos a la disposición para contestar cualquier pregunta al respecto.

Centro de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico
 Universidad de Puerto Rico • Recinto de Ciencias Médicas
 Escuela de Medicina

NUEVO MODELO:

No escribir en este espacio		Mother's Medical Record Number: _____	No escribir en este espacio	
<input type="checkbox"/> Original Test <input type="checkbox"/> Repeated Test <input type="checkbox"/> Home birth <input type="checkbox"/> Transfusion Given Y/N Transfusion Date MM/DD/YYYY ____/____/____ <input type="checkbox"/> Antibiotic Given <input type="checkbox"/> Steroids <input type="checkbox"/> Meconium ileus <input type="checkbox"/> Albino <input type="checkbox"/> Mother with history of thyroid problem Y/N <input type="checkbox"/> Siblings Y/N		Mother's Last Name (1er apellido) _____ _____ _____	(2do apellido) _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Exclusive Breast Feeding <input type="checkbox"/> Combined Breast & Formula Milk <input type="checkbox"/> Formula Soy <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> IV Fluid <input type="checkbox"/> Carnitine		Mother's First Name (nombre de pila) _____ _____	Age _____	
Hospital (Name) _____		Address _____ _____		
Comments: _____		Phone (____) _____-____	Phone (____) _____-____	
		Birth Date ____/____/____	Time of Birth ____:____ AM ____:____ PM	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Ambiguous genitalia
		Specimen Date of Collection ____/____/____	Time of Collection ____:____ AM ____:____ PM	Birth <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Twin 1, 2 <input type="checkbox"/> Multiple 3, 4, 5
		Primary Care Physician _____	Weeks of Gest _____	Birth Weight (lb / oz) _____
		Physician's Phone Number (____) _____-____	Sample taken by _____	

Parklmeier 226
 LOT 103649 / 315117
 Ahlstrom
 2018-05

Marque las opciones y firme:

____ Sí, doy mi aprobación para que la muestra de sangre seca de mi bebé contenida en esta tarjeta sea guardada y utilizada por el PCN. En adición permito que las muestras puedan ser utilizadas de forma de-identificada para mejoramiento de calidad de las pruebas del PCN y proyectos de investigación.

____ NO doy mi aprobación para que utilicen las muestras de sangre seca de mi bebé contenidas en esta tarjeta para investigación fuera del PCN luego de que se hayan completado las pruebas de Corrimiento. Entiendo que las muestras serán destruidas en un periodo de 2 años de no resultar positivas a alguna condición.

 Firma de los padres

 Fecha

Importante llenar el consentimiento!!

Centro de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico
 Universidad de Puerto Rico • Recinto de Ciencias Médicas
 Escuela de Medicina

Deseamos aclarar lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Original Test	<input type="checkbox"/> Repeated Test
<input type="checkbox"/> Home birth	<input type="checkbox"/> Transfusion Given Y/N
Transfusion Date MM/DD/YY / /	
<input type="checkbox"/> Antibiotic Given	<input type="checkbox"/> Steroids
<input type="checkbox"/> Meconium ileus	<input type="checkbox"/> Albino
<input type="checkbox"/> Mother with history of thyroid problem Y/N	<input type="checkbox"/> Siblings Y/N

En esta área, marcar el “checkbox” que aplique.

En los campos que indique Y/N:

Y significa “yes”

N significa “no”

Marcar la que aplique.

Meconium ileus = marcar si bebé presenta obstrucción en el intestino por meconio. No aplica a aspiración por meconio.

Mother with history of thyroid problems Y/N = marcar “Y” si hay historial de problemas de tiroide en la madre y “N” si no hay historial.

Siblings Y/N= Marcar “Y” si el bebé tiene hermanos y “N” si no tiene hermanos.

Comments:

En esta área podrán hacer comentarios. Agradecemos NO escriban los comentarios en otra área de la boleta.

Address

Tienen dos líneas disponibles para dirección, favor escribirla clara y legible. **Deben escribir la dirección postal. Si tienen el espacio pueden incluir también la dirección física.**

Birth Date	Time of Birth	AM
PM		
Specimen Date of Collection	Time of Collection	AM
PM		

Escribir la hora y marcar AM o PM. **NO usar hora militar.**

Birth Weight (lb / oz)

Escribir el peso en libras y onzas.

Phone () - Phone () -

Favor escribir dos números de teléfonos.

Centro de Enfermedades Hereditarias de Puerto Rico
Universidad de Puerto Rico • Recinto de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

Patrono con Igualdad de Oportunidad en el Empleo M/M/V/H
Hospital Pediátrico Universitario, Recinto de Ciencias Médicas, U.P.R.
P.O. Box 365067- San Juan, P.R. 00936-5067
Tel. (787) 754-7410, (787) 753-6340