



FORMATO DE ESTUDIO DE CASO DE DEFECTOS AL NACIMIENTO (Anverso)

I. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA MADRE

FOLIO _____ No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE _____
Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

DATOS DEL NACIMIENTO DE LA MADRE

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____ ESTADO DE NACIMIENTO _____ MUNICIPIO DE NACIMIENTO _____
ESTADO CIVIL _____ CURP _____

RESIDENCIA MATERNA

ESTADO _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD _____
DOMICILIO _____
Calle y Núm. _____ C.P. _____

RESIDENCIA MATERNA PREVIA (PRIMEROS TRES MESES DEL EMBARAZO)

ESTADO _____ MUNICIPIO / ALCALDÍA _____ LOCALIDAD _____
ES INDÍGENA Si ☐ No ☐ Se desconoce ☐ HABLA LENGUA INDÍGENA Si ☐ No ☐ Se desconoce ☐ ¿Cuál? _____
ES MIGRANTE Si ☐ No ☐ PAIS DE NACIONALIDAD _____ PAIS DE ORIGEN _____
PAISES DE TRÁNSITO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____
FECHA DE INGRESO A MÉXICO _____ / _____ / _____
DÍA MES AÑO

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

ESTADO _____ JURISDICCIÓN _____
MUNICIPIO _____ LOCALIDAD _____ INSTITUCIÓN _____
NOMBRE DE LA UNIDAD _____ CLUES _____

III. DATOS DE LA NOTIFICACION

FECHA DE NOTIFICACIÓN _____ / _____ / _____ FUENTE DE NOTIFICACIÓN _____
DÍA MES AÑO (Puede seleccionar más de una)
Registro Hospitalario ☐ Certificado de defunción ☐ Folio _____
Certificado de Nacimiento ☐ Certificado de Muerte fetal ☐ Folio _____
Otro ☐ Especifique otra fuente _____

IV. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

¿Conoce datos del padre? Si ☐ No ☐ MADRE PADRE
EDAD _____
ESCOLARIDAD _____
1.- NINGUNA 5.- CARRERA TECNICA
2.- PRIMARIA 6.- LICENCIATURA
3.- SECUNDARIA 7.- POSGRADO
4.- PREPARATORIA 8.- OTRA _____
DERECHOHABENCIA _____
1.- SSA 4.- IMSS BIENESTAR 7.- PEMEX 10.- NINGUNO
2.- IMSS 5.- SEDENA 8.- PRIVADO
3.- ISSSTE 6.- SEMAR 9.- OTRA _____
OCUPACIÓN _____
1.- ADMINISTRATIVO 8.- HOGAR
2.- AGRICULTURA 9.- CONSTRUCCIÓN
3.- ARTESANOS 10.- PROFESIONISTA
4.- CHOFERES 11.- SERVICIOS PERSONALES
5.- COMERCIO 12.- INDUSTRIA
6.- ESTUDIANTE 13.- DESEMPLEADO
7.- FUNCIONARIO PUBLICO 14.- OTRA (ESPECIFICAR) _____
ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACIÓN (AÑOS) _____
ADICCIÓN _____ 1.- Si 2.- No
¿CUAL ADICCIÓN?
TABACO
ALCOHOL
INHALABLES
INYECTABLES
OTRA (ESPECIFICAR) _____

IV. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA... 1.- Si 2.- No MADRE PADRE
¿CUAL ENFERMEDAD CRÓNICA?
DIABETES
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
OBESIDAD
CÁNCER
LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO
CRISIS CONVULSIVAS
OTRA _____
¿PRESENTA ALGUNA MALFORMACIÓN CONGÉNITA?....
1.- Si ¿CUAL? _____ 2.- No
¿TIENE FAMILIARES CON ALGÚN DEFECTO AL NACIMIENTO O ENFERMEDAD GENÉTICA? 1.- Si 2.- No
HIJO
PADRES
ABUELOS
¿CUAL DEFECTO? _____ TIO
HERMANO
PRIMO 1°
PRIMO 2°
¿HUBO EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS, TOXICOS O MEDICAMENTOS?
1.- UN AÑO PREVIO AL EMBARAZO 3.- DURANTE EL EMBARAZO
2.- TRES MESES PREVIOS AL EMBARAZO 4.- NINGUNO
EN CASO DE 1, 2 ó 3 ESPECIFIQUE ¿CUAL?
¿TOMO ÁCIDO FÓLICO?
1.- UN AÑO PREVIO AL EMBARAZO
2.- TRES MESES PREVIOS AL EMBARAZO
3.- PRIMER TRIMESTRE
4.- DESPUES DEL PRIMER TRIMESTRE
5.- NO TOMO

FORMATO DE ESTUDIO DE CASO DE DEFECTOS AL NACIMIENTO (Reverso)

V. ANTECEDENTES DE LA MADRE

¿EXISTE PARENTESCO CON SU PAREJA?.....

1.- TIO - SOBRINA

5.- NINGUNO

2.- PRIMOS - HERMANOS

6.- PADRE

3.- PRIMOS SEGUNDOS

7.- OTRO

4.- HERMANOS

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

1.- NÚMERO DE EMBARAZOS

4.-NÚMERO DE ABORTOS

2.- NÚMERO DE PARTOS

5.-NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS

3.- NÚMERO DE CESAREAS

6.- NÚMERO DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE

FECHA DEL NACIMIENTO ANTERIOR / /
DÍA MES AÑO

¿EN EL EMBARAZO ACTUAL USO TECNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA?

1.- Si 2.- No

MÉTODO UTILIZADO PARA LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

NÚMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DURANTE TODO EL EMBARAZO

NÚMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE

¿EL EMBARAZO ACTUAL FUE MÚLTIPLE? 1.- Si 2.- No

¿PRESENTO HIPERTERMIA DURANTE EL EMBARAZO?.....

1.- PRIMER TRIMESTRE 2.- DESPUÉS DE PRIMER TRIMESTRE 3.- NO TUVO

¿DURANTE EL EMBARAZO PRESENTO HIPERGLUCEMIA O DIABETES GESTACIONAL?

1.- PRIMER TRIMESTRE

3.- TERCER TRIMESTRE

2.- SEMANA 20 DEL EMBARAZO

4.- NO PRESENTÓ

¿VIVE LA MADRE? 1.- Si 2.- No

CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

FOLIO CD

DURANTE EL EMBARAZO CURSO CON INFECCIÓN POR.....

1.- Si 2.- No

MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN

1.- ANTES DEL EMBARAZO

2.-PRIMER TRIMESTRE

3.- SEGUNDO TRIMESTRE

3.- TERCER TRIMESTRE

DENGUE

CHIKUNGUNYA

ZIKA

MAYARO

TOXOPLASMA

RUBEOLA

CITOMEGALOVIRUS

HERPES

PARVOVIRUS

VIH/SIDA

SIFILIS / VDRL

OTRA

EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN SE ESTABLECIO MEDIANTE.....

1.- CRITERIOS CLÍNICOS

2.- PRUEBAS DE LABORATORIO

3.-AMBOS

ESPECIFIQUE TIPO DE PRUEBA DIAGNÓSTICA

¿CUENTA CON ULTRASONIDO PRENATAL QUE INDIQUE LA MALFORMACIÓN?

1.- Si

2.- No

TRIMESTRE EN QUE SE REALIZÓ EL ULTRASONIDO

1.- PRIMERO

2.- SEGUNDO

3.- TERCERO

VI.- DATOS DEL RECIEN NACIDO

NOMBRE

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

FECHA DE NACIMIENTO

/ /
DÍA MES AÑO

VÍA DE NACIMIENTO

1.- VAGINAL 2.- CESÁREA

ATENDIDO POR PARTERA Si No

CONDICIÓN AL NACIMEN 1.- VIVO 2.- MUERTO

SEXO

1.-MASCULINO 2.- FEMENINO

3.- INDIFERENCIADO

4.- AMBIGÜEDAD GENITAL

SEMANAS DE GESTACIÓN

PESO gr

TALLA cm

PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER cm

PERÍMETRO CEFÁLICO A LAS 24 HRS

ESTADO ACTUAL 1.- VIVO 2.- MUERTO

FECHA DE DEFUNCIÓN

/ /
DÍA MES AÑO

Folio Certificado

(ANEXAR CERTIFICADO)

VII.- DATOS DEL DIAGNÓSTICO- (Consultar Anexo)

Defecto Principal

1.- DEFECTO DEL TUBO NEURAL

3.-DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA

2.-DEFECTO CRANEOFACIAL

¿CÚAL DEFECTO?

FECHA DE DIAGNÓSTICO

/ /
DÍA MES AÑO

EL DIAGNÓSTICO SE ESTABLECIO

1.-CRITERIOS CLINICOS

2.- CRITERIOS ANATOMOPALOGICOS

3.- PRUEBAS DE GABINETE

Adicionalmente al Defecto Principal presenta algún DTN, Labio y/o paladar hendido, Microcefalia

1.- Si

2.- No

¿CÚAL (S) DEFECTO?

VIII.- SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A VIRUS ZIKA

ES UN CASO CON SOPECHA DE SINDROME CONGENITO ASOCIADO A VIRUS ZIKA

1.- Si

2.- No

(Si la respuesta es sí, llenar el formato SCAZ)

IX.- REALIZACIÓN DE TAMIZ

TAMIZ METABOLICO Si No

TAMIZ AUDITIVO Si No

RESULTADO FOLIO

RESULTADO FOLIO

X.- OBSERVACIONES

Anexo Estudio de caso		
Defecto Principal	1.-Defecto del Tubo Neural	1.-Anencefalia 2.-Encefalocele 3.-Meningocele 4.-Mielomeningocele 5.-Otras Espinas Bífidas
	2.-Defecto Craneofacial	1.-Anoftalmia 2.-Anotia 3.-Atresia de coanas 4.-Catarata congénita 5.-Craneosinostosis 6.-Hidrocefalia al nacimiento 7.-Hipotelorismo 8.-Holopreocencefalia 9.-Labio y/o paladar hendido 10.-Macrocefalia 11.-Microcefalia 12.-Microftalmia 13.-Microtia 14.-Ventriculomegalia
	3.- Defecto Musculoesquelético	1.-Displasia del Desarrollo de la Cadera



FORMATO CASOS CON SOSPECHA DE SCAZ

VIII.- SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A VIRUS ZIKA

ES UN CASO CON SOPECHA DE SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A VIRUS ZIKA

1.- Si 2.- No

☐

CUAL(S) DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS PRESENTA EL CASO (SELECCIONAR AL MENOS UNO)

Microcefalia severa que resulta en un cráneo parcialmente colapsado

☐

Corteza cerebral delgada con calcificaciones subcorticales

☐

Anomalías oculares, incluyendo cicatrices maculares y moteado pigmentario de la retina

☐

Contracturas congénitas o alcance limitado del movimiento articular, incluyendo pie equinovaro

☐

Hipertonía temprana marcada o demasiado tono muscular y síntomas de compromiso extrapiramidal

☐

SE TOMÓ MUESTRA PARA VIRUS ZIKA AL NEONATO.....

1.- Si

2.- No

☐

FECHA DE TOMA

/ /
DÍA MES AÑO

TIPO DE MUESTRA

- 1.- Suero
2.- Orina
3.- Suero y orina

☐

- 4.- Líquido amniótico
5.- Necropsia de cerebro, cerebelo, muestra de
vellosidad coriónica o placentaria, cordón umbilical

TÉCNICA

☐

- 1.- TRIPLEX PCR
2.- IgM-Zika
3.- Ambas

RESULTADO

☐

- 1.- Positivo
2.- Negativo
3.- Pendiente

FECHA DE RESULTADO

/ /
DÍA MES AÑO

ANEXAR EXPEDIENTE PDF

FECHA DE ENVÍO

/ /
DÍA MES AÑO

SEGUIMIENTO

1.- Si

2.- No

1 mes

☐

PC <2DE O<3P

☐

PC cm

Estudio de imagen

☐

Especifique _____

Valoración neurológica

☐

Especifique _____

Valoración auditiva

☐

Especifique _____

Valoración oftalmológica

☐

Especifique _____

Valoración genética

☐

Especifique _____

Notas de evolución y estudios PDF

6 meses

☐

PC <2DE O<3P

☐

PC cm

Estudio de imagen

☐

Especifique _____

Valoración neurológica

☐

Especifique _____

Valoración auditiva

☐

Especifique _____

Valoración oftalmológica

☐

Especifique _____

Valoración genética

☐

Especifique _____

Notas de evolución y estudios PDF

3 meses

☐

PC <2DE O<3P

☐

PC cm

Estudio de imagen

☐

Especifique _____

Valoración neurológica

☐

Especifique _____

Valoración auditiva

☐

Especifique _____

Valoración oftalmológica

☐

Especifique _____

Valoración genética

☐

Especifique _____

Notas de evolución y estudios PDF

12 meses

☐

PC <2DE O<3P

☐

PC cm

Estudio de imagen

☐

Especifique _____

Valoración neurológica

☐

Especifique _____

Valoración auditiva

☐

Especifique _____

Valoración oftalmológica

☐

Especifique _____

Valoración genética

☐

Especifique _____

Notas de evolución y estudios PDF

X.- OBSERVACIONES
