

Código de identificación de la madre: _____ Código de identificación del Neonato: _____

DISEÑO DE ESTE FORMATO DE REPORTE DE CASO (FRC)

Existen dos juegos de Formatos de Reporte de Caso (FRC) a ser utilizados en combinación – Neonatal y Maternal. Los FRC deberán utilizarse en combinación para estudios de cohorte prospectivos o estudios de control de casos.

Estos juegos de FRC se deberán utilizar en la admisión y alta/al irse al hogar. Para cualquier paciente admitido por más de 24 horas, los Formatos de la Referencia Inicial y Resultado y el FRC de Resultados de Laboratorio se pueden fotocopiar y usar para el registro de diario de información. Para todos los estudios, se recomienda el llenado de un mínimo del FRC [1] Referencia Inicial y Resultado Materna (MBO) y [2] Referencia Inicial y Resultados del Neonato (NBO), seguido por [3] FRC de Laboratorio de Resultados Maternos (MLR) y [4] FRC Resultados de Laboratorio del Neonato (NLR) para todos los recién nacidos post - parto. Si la madre y/o el recién nacido son admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, llenar [5] Cuidados Intensivos maternos (MIC), y/o [6] Cuidados Intensivos para Neonatos (NIC) también.

Para las mujeres embarazadas que presentan síntomas agudos, llenar [7] Síntomas Agudos Maternos (MAS), y para todos los estudios también llenar [8] Atención Prenatal Materna (MAC).

Llenar las secciones de los resultados en los FRC [1] MBO y [2] NBO cuando todos los diagnósticos resultados de laboratorio y diagnóstico final están disponibles.

CÓMO UTILIZAR ESTE FRC

En el llenado de los módulos de los FRC, por favor asegúrese que:

- La madre o encuestada/tutor/representante ha sido provista de información sobre el estudio de observación y se haya llenado y firmado el Formato de consentimiento informado.
- Los códigos de Identificación del estudio serán asignados tanto a la madre/mujer embarazada y el neonato según el protocolo y lineamientos del hospital.
- Los códigos de Identificación del estudio deberán incluirse en todas las hojas de papel de los FRC, toda la información deberá mantenerse confidencial en todo momento y no se registrará información de identificación del paciente en los FRC.
- La identificación del hospital del paciente y los detalles de contacto deberán registrarse en una lista de contactos por separado para permitir el seguimiento posterior. Los Formatos de contacto deberán mantenerse por separado de los FRC en todo momento y guardados en un sitio seguro.
- Cada sitio podrá elegir la cantidad de datos a recopilar basado en los recursos disponibles y el número de pacientes inscritos a la fecha. Idealmente, los datos sobre pacientes (neonato y madre) serán recolectados utilizando todos los módulos de los FRC según el caso.

Los sitios con muy escasos recursos o con gran número de pacientes pueden optar únicamente por los FRC de REFERENCIA INICIAL Y RESULTADO DEL NEONATO/MATERNO. La decisión depende de los investigadores del sitio y se puede cambiar a lo largo del período de recolección de datos. Todos los datos de alta calidad son valiosos para el análisis.

ORIENTACIÓN GENERAL

- El FRC está diseñado para recopilar datos obtenidos mediante el examen al paciente, para los neonatos mediante la entrevista con el padre/tutor/representante y la revisión de las historias clínicas del hospital.
- Los códigos de Identificación del Paciente deberán registrarse en todas las hojas de papel de los FRC (neonato y madre).
- Llenar cada línea de cada sección, salvo donde las instrucciones digan saltarse a una sección basado en ciertas respuestas.
- Las secciones con casillas () son respuestas de elección única (seleccione sólo una respuesta). Las selecciones con círculos (o) son respuestas de elección múltiple (seleccione todas las respuestas que sean aplicables).
- Es importante saber cuándo una respuesta a una pregunta en particular no se conoce. Favor de marcar la casilla “No consta” si este es el caso.
- Algunas secciones tienen espacios abiertos en donde puede escribir información adicional. Para permitir el registro de datos estandarizados, favor de evitar escribir información adicional fuera de estos espacios.
- Se recomienda escribir claramente en tinta negra o azul, utilizando LETRA DE MOLDE EN MAYÚSCULAS.
- Coloque una (X) cuando elige la respuesta correspondiente. Para hacer correcciones, cruce con (---) los datos que desea borrar y escriba los datos correctos encima de ellos. Favor de rubricar y fechar todas las correcciones.
- Favor de mantener juntas todas las hojas para una sola mujer y neonato incluido en el estudio por ejemplo con una grapa o en una carpeta que sólo es para la paciente.
- Favor de contactarnos si le podemos ayudar con el llenado de las preguntas de los FRC, si tiene comentarios y para hacernos saber que está utilizando los Formatos. Favor de ponerse en contacto con la Dra. Gail Carson por correo electrónico: gail.carson@ndm.ox.ac.uk

Exención de responsabilidad: Este FRC tiene la finalidad de ser utilizado como un documento estandarizado para la recolección de datos clínicos en los estudios que investigan el virus del Zika. La responsabilidad del uso de este FRC corresponde a los investigadores del estudio. ISARIC y los autores del FRC no aceptan responsabilidad alguna por el uso del FRC en un formato modificado ni por el uso del FRC estandarizado que no sea la de su finalidad prevista. Los problemas de formato están en proceso de ser resueltos. Los documentos de Word están disponibles con el fin de adaptar y traducir los FRC, sin embargo, puede haber problemas entre Mac y PC. El formato PDF también está disponible, que debe estar bien formateado en ambos tipos de computadoras.

Código de identificación de la madre: _____ Código de identificación del Neonato: _____

1) ATENCIÓN PRENATAL

1. Nombre de sitio/clínica/hospital		
2. Geoposición	Latitud __. _____	Longitud __. _____
Si la geoposición no está disponible, refiera la localización a continuación		
3. Ciudad		
4. País		

5. Grupo sanguíneo de la madre y condición Rhesus	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Rhesus positivo <input type="checkbox"/> Rhesus negativo <input type="checkbox"/> No consta
6. Último período de menstruación de la madre (dd/mm/aaaa)	__ / __ / 20 __	<input type="checkbox"/> Cierto <input type="checkbox"/> Incierto <input type="checkbox"/> No consta

1er Ultrasonido del Trimestre (<14 semanas de gestación)			
7. 1er Ultrasonido del Trimestre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No consta	8. Fecha de ultrasonido (dd/mm/aaaa)	__ / __ / 20 __
9. Edad gestacional al momento del ultrasonido	__ semanas __ días <input type="checkbox"/> No consta	10. Base de la estimación de la edad gestacional al momento del ultrasonido	<input type="checkbox"/> Último período menstrual <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Reproducción asistida <input type="checkbox"/> Otro
11. ¿Se adjuntan el informe y/o imágenes?	Reporte <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Imágenes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Resultados del ultrasonido del 1er- trimestre			
12. Actividad cardiaca fetal	<input type="checkbox"/> Detectada <input type="checkbox"/> No detectada <input type="checkbox"/> No investigada	13. Longitud céfalo-caudal (CRL)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta
14. Diámetro biparietal (DBP)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta	15. Translucencia nucal	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta
16. Detección para el síndrome Down	<input type="checkbox"/> Bajo -riesgo <input type="checkbox"/> Alto-riesgo <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta	17. Si de alto riesgo, favor especificar pruebas utilizadas y resultados:	
18. Anomalías	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta		
Si se detectaron anomalías/anormalidades; favor de marcar todas las que apliquen:	<input type="radio"/> Holoprosencefalia <input type="radio"/> Anencefalia <input type="radio"/> Encefalocele <input type="radio"/> Espina bífida <input type="radio"/> Onfalocele <input type="radio"/> Gastrosquisis		<input type="radio"/> Extremidad anómala (especificar): <input type="radio"/> Anomalía del esqueleto, (especificar):

Código de identificación de la madre: _____ Código de identificación del Neonato: _____

	<input type="radio"/> Megavejiga <input type="radio"/> Anormalidad Cardíaca	<input type="radio"/> Otra, favor de especificar:
19. Cualquier otro hallazgo significativo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, favor de especificar/describir:

2^{do} Trimestre 14 a 24 semanas de gestación

20. Movimientos Fetales		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reducidos <input type="checkbox"/> Acrecentados <input type="checkbox"/> No consta	
21. Ultrasonido del 2° Trimestre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No consta	22. Fecha del ultrasonido (dd/mm/aaaa)	__ / __ / 20 __
23. Edad gestacional al momento del ultrasonido	__ semanas __ días <input type="checkbox"/> No consta	24. Base de la estimación de la edad gestacional al momento del ultrasonido	<input type="checkbox"/> último período menstrual <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Reproducción asistida <input type="checkbox"/> Otro
25. ¿Se adjuntan el informe y/o imágenes?	Reporte <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Imágenes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Resultados del ultrasonido del 2° trimestre (14 - 24 semanas de gestación)

26. Circunferencia de la cabeza (CC)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta	27. Diámetro biparietal (DBP)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta
28. Cómo se midió el DBP: Exterior a Exterior Exterior a Interior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No consta	29. Circunferencia Abdominal (CA)	<input type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta
30. Diámetro Trascerebral (DTC)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta	31. Longitud del fémur (LF)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta
32. ¿Se detectaron posibles anomalías cerebrales (por ejemplo, la calcificación o ventriculomegalia)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar/describir:	
33. ¿Se detectó alguna anomalía del cerebelo (por ejemplo tamaño reducido o calcificación)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar/describir:	
34. Si se detectaron otras anomalías, por favor marque todo lo que corresponda:	Cabeza <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Cerebro <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Cara <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Cuello <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Espina <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Pared abdominal anterior <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Gastrointestinal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Vejiga <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Anormalidad cromosómica (posterior a la amniocentesis o CVS) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Extremidades <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Pulmones/Pleura <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Riñones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Genitales <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Cordón de dos vasos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Código de identificación de la madre: _____ Código de identificación del Neonato: _____

Información detallada sobre anomalías			
35. Volumen amniótico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Incrementado <input type="checkbox"/> Polihidramnios <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Oligohidramnios <input type="checkbox"/> Anhidramnios <input type="checkbox"/> No consta		
Ultrasonido del 3er Trimestre (>24 semanas de gestación)			
36. Movimientos Fetales		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reducidos <input type="checkbox"/> Acrecentados <input type="checkbox"/> No consta	
37. Ultrasonido del 3er Trimestre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta	38. Fecha del escaneo (dd/mm/aaaa)	__ / __ / 20 __
39. Edad gestacional al momento del ultrasonido	__ semanas __ días <input type="checkbox"/> No consta	40. Base de la estimación de la edad gestacional al momento del ultrasonido	<input type="checkbox"/> último período menstrual <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Reproducción asistida <input type="checkbox"/> Otro
41. ¿Se adjuntan el informe y/o imágenes?	Reporte <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Imágenes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Resultados del Ultrasonido del 3er Trimestre			
42. Circunferencia de la cabeza (CC)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta	43. Diámetro biparietal (DBP)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta
44. Cómo se midió el DBP: Exterior a Exterior Exterior a Interior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No consta	45. Circunferencia Abdominal (CA)	<input type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta
46. Diámetro transcerebral (TCD)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta	47. Longitud del fémur (LF)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta
48. ¿Se detectaron posibles anomalías cerebrales (por ejemplo, la calcificación o ventriculomegalia)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar/describir::	
49. Se detectó alguna anomalía del cerebelo (por ejemplo tamaño reducido o calcificación)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar/describir:	
50. Si se detectaron otras anomalías, por favor marque todo lo que corresponda:	Cabeza O Si O No Cerebro O Si O No Cara O Si O No Cuello O Si O No Espina O Si O No Corazón O Si O No Pared abdominal anterior O Si O No Gastrointestinal O Si O No	Vejiga O Si O No Extremidades O Si O No Pulmones/Pleura O Si O No Riñones O Si O No Genitales O Si O No Anormalidad cromosómica (Después de la amniocentesis o CVS) O Si O No Cordón de dos vasos O Si O No	

Código de identificación de la madre: _____ Código de identificación del Neonato: _____

		Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Información detallada sobre anomalías			
51. Volumen amniótico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Incrementado <input type="checkbox"/> Polihidramnios <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Oligohidramnios <input type="checkbox"/> Anhidramnios <input type="checkbox"/> No consta		
52. Placenta previa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta		
53. Otras anomalías de la placenta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de especificar:	
54. Doppler de la arteria umbilical	<input type="checkbox"/> Flujo Diastólico ausente <input type="checkbox"/> Flujo diastólico reverso final <input type="checkbox"/> No consta	Índice de resistencia (IR)	<input type="text"/>
		Índice de pulsatilidad (IP)	<input type="text"/>

2) OTRAS PRUEBAS

55. Amniocentesis Fecha de amniocentesis: (dd/mm/aaaa) __ / __ / 20 __	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No se realizó <input type="checkbox"/> No consta	Si es anormal, por favor especifique hallazgos significativos:	
56. Otra/s pruebas intrauterinas: Fecha de la prueba: __ / __ / 20 __	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de especificar pruebas y hallazgos significativos:	
Otra/s prueba/s intrauterina: Fecha de la prueba: __ / __ / 20 __	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de especificar pruebas y hallazgos significativos	
Otras prueba/s: Fecha de la prueba: __ / __ / 20 __	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de especificar pruebas y hallazgos significativos:	

3) COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO

Registre las complicaciones al inicio durante el embarazo

CONDICIONES CLINICAS			
Durante el embarazo se le diagnosticó con, o se le trató para, alguna de las siguientes condiciones:			
57. Diabetes, enfermedad de la tiroides u otra afección endocrinológica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	64. Infección de las vías respiratorias que requieren tratamiento antibiótico/ antiviral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
58. Cualquier tumor maligno / cáncer (incluyendo leucemia o linfoma)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	65. Cualquier otra infección que requiera tratamiento antibiótico/antiviral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
59. Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Código de identificación de la madre: _____ **Código de identificación del Neonato:** _____

<p>60. Epilepsia</p> <p>61. Enfermedad mental, por ejemplo, depresión clínica</p> <p>62. Enfermedad renal o pielonefritis</p> <p>63. Infección del tracto urinario inferior que requiere tratamiento con antibióticos</p>	<p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p>	<p>66. Portadora de estreptococo del grupo B</p> <p>67. VIH o SIDA</p> <p>68. Infección del tracto genital o enfermedades de transmisión sexual</p> <p>69. Colestasis</p> <p>70. Cualquier otra condición médica/quirúrgica que requiera tratamiento/referencia</p> <p>71. Cualquier accidente o trauma materno que requiera admisión al hospital o referir a un nivel de atención superior</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p>
---	---	---	--

CONDICIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO

Durante el embarazo se le diagnosticó con, o se le trató para, algunas de las siguientes condiciones:

<p>72. Vómitos severos, requiere hospitalización</p> <p>73. Diabetes gestacional</p> <p>74. Sangrado vaginal antes de las 14 semanas</p> <p>75. Sangrado vaginal a las 14-24 semanas</p> <p>76. Sangrado vaginal después de 24 semanas</p> <p>77. Hipertensión inducida por el embarazo (PA>140/90 mmHg,, sin proteinuria)</p> <p>78. Pre-eclampsia (PA>140/90 mmHg y proteinuria)</p> <p>79. Pre-eclampsia severa/Eclampsia/HELLP</p> <p>80. Enfermedad de Rhesus o anticuerpos anti-Kell</p> <p>81. Labor de parto prematuro</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p>	<p>82. Anemia Fetal</p> <p>83. Sufrimiento fetal (FHR anormal o BPP)</p> <p>84. Sospecha de crecimiento fetal disminuido</p> <p>85. Oligohidramnios</p> <p>86. Polihidramnios</p> <p>87. Condición que requiere amniocentesis o muestra de sangre fetal (MSF) Si, afirmativo, especificar: _____</p> <p>88. Desprendimiento de placenta</p> <p>89. Corioamnionitis clínica</p> <p>90. Otra (Especificar): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No consta</p>
--	---	---	--

Código de identificación de la madre: _____ Código de identificación del Neonato: _____

91. Nivel más bajo de hemoglobina	< 14 semanas	14-24 semanas	>24 semanas
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl
O hematocrito más bajo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %

4) FORMATO DE REPORTE DE CASO LLENADO POR

Nombre y puesto			
Firma		Fecha (dd/mm/aaaa)	___ / ___ / 20__