

Carta Trámite

23 de marzo de 2020

A: Todos los Proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc. para el Plan Vital, Región Única y Población Vital-X (Virtual)

Re: Orden Administrativa Número 426 del Departamento de Salud de Puerto Rico, relacionada al reporte del resultado de la prueba del Coronavirus (COVID-19) en mujeres embarazadas.

Estimado(a) Proveedor(a):

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc.

Adjunto a este comunicado encontrará la ***Orden Administrativa Número 426 del Departamento de Salud de Puerto Rico***, emitida el 18 de marzo de 2020.

A través de este comunicado, el Departamento de Salud establece la normativa para que todo proveedor que ordene o realice la prueba del Coronavirus (COVID-19) en mujeres embarazadas, reporte el resultado de la prueba al Sistema de Vigilancia de Amenazas Emergentes para Madres y Bebés del Departamento de Salud.

Además, establece el uso del Formulario para el Reporte Suplementario de Resultado de Mujeres Embarazadas, a fines de reportar los datos al Sistema de Vigilancia de Amenazas Emergentes para Madres y Bebés, según establecido.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada a este comunicado y/o necesita información adicional, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al número libre de cargos 1-844-347-7802 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También, puede acceder a nuestra página electrónica www.firstmedicalvital.com.

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento
First Medical Health Plan, Inc.

**GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
SAN JUAN, PUERTO RICO**

ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 426

PARA ESTABLECER LA NORMATIVA SOBRE EL REPORTE SUPLEMENTARIO DEL RESULTADO DE LA PRUEBA PARA EL CORONAVIRUS (COVID-19) EN MUJERES EMBARAZADAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA DE AMENAZAS EMERGENTES PARA MADRES Y BEBÉS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD.

POR CUANTO: El Departamento de Salud fue creado al amparo de la Ley Núm. 81 de 14 de mayo de 1912, según enmendada, y posteriormente elevado a rango constitucional en virtud de lo dispuesto en el Artículo IV, Sección 6, de la Constitución de Puerto Rico.

POR CUANTO: El Secretario de Salud ejercerá todas aquellas funciones que le asigna la Constitución de Puerto Rico y la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, y todas las leyes vigentes relacionadas con la salud.

POR CUANTO: De conformidad con las facultades que le confiere la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, el Secretario de Salud tiene la autoridad de implantar medidas de salud pública, dirigidas a propiciar y conservar la salud de todos, y de emitir órdenes para prevenir un daño irreparable a la salud y al bienestar público.

POR CUANTO: El Artículo 5 de la Ley Núm. 81 de 14 de mayo de 1912, establece que en caso de que alguna epidemia amenazare la salud del Estado Libre Asociado, el Secretario de Salud tomará las medidas que juzgue necesarias para combatirla y con la aprobación del Gobernador incurrirá en los gastos que sean necesarios por cuenta del Gobierno Estadual, con cargo al Fondo Estadual de Emergencia.

POR CUANTO: El Artículo 7 de la Ley Núm. 81 de 14 de mayo de 1912, provee además que el Secretario de Salud prestará atención a todas las cuestiones que afecten a la salud pública que por ley se le encomienden, y publicará informaciones adecuadas acerca de enfermedades reinantes y epidémicas.

POR TANTO: **YO, CONCEPCIÓN QUIÑONES DE LONGO, MD, SECRETARIA DE SALUD INTERINA, DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES Y EN VIRTUD DE LA AUTORIDAD QUE ME CONFIERE LA LEY, ORDENO COMO SIGUE:**

- PRIMERO:** Todo médico que evalué a una mujer embarazada que presente síntomas o haya presentado síntomas asociados a infección por el Coronavirus (COVID-19) (fiebre, tos y dificultad para respirar) y le ordene la prueba recomendada para confirmar la infección vendrá obligado a reportar el resultado de la misma al Sistema de Vigilancia de Amenazas Emergentes para Madres y Bebés del Departamento de Salud.
- SEGUNDO:** Todo laboratorio privado que realice la prueba Coronavirus (COVID-19) a una mujer embarazada vendrá obligado a reportar el resultado de la misma al Sistema de Vigilancia de Amenazas Emergentes para Madres y Bebés del Departamento de Salud.
- TERCERO:** El reporte del resultado de la prueba para el Coronavirus (COVID-19) se hará utilizando el formulario desarrollado por el Sistema de Vigilancia de Amenazas Emergentes para Madres y Bebés del Departamento de Salud que forma parte de esta Orden Administrativa.
- CUARTO:** Esta Orden Administrativa será efectiva inmediatamente y se mantendrá en vigor mientras no sea revocada por una orden posterior. Todos los memorandos y órdenes administrativas previamente emitidos por cualquier Secretario de Salud en la medida que sus disposiciones sean incompatibles con las disposiciones de esta Orden quedarán derogadas y sin efectos legal alguno.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente Orden y hago estampar en ella el sello del Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico, hoy 18 de marzo de 2020, en San Juan, Puerto Rico.



CONCEPCIÓN QUIÑONES DE LONGO, MD
SECRETARIA DE SALUD INTERINA



Sistema de Vigilancia de Amenazas Emergentes para Madres y Bebés
Coronavirus (COVID-19)

Formulario para el Reporte Suplementario de Resultado: Mujer Embarazada

Favor de completar este formulario para reportar los resultados de la prueba de laboratorio para COVID-19 en mujeres embarazadas (cualquier trimestre) al Sistema de Vigilancia Amenazas Emergentes para Madres y Bebés.

DATOS DE LA PACIENTE

| | | | |
|-----------------------|--|------------------|--|
| Nombre de la paciente | | | |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | |
| Nombre | | Inicial | |
| Fecha de nacimiento | Mes / Día / Año _____ / _____ / _____ | Edad | Teléfonos (____) _____ - _____ (____) _____ - _____ |
| Dirección Residencial | Urbanización, Condominio o Barrio | | |
| | Número y Calle | Municipio | Código Postal |
| Correo electrónico | | | |

DATOS DEL EMBARAZO

| | | | |
|--|--|------------------|---------------|
| Fecha estimada de parto | Mes / Día / Año _____ / _____ / _____ | Edad Gestacional | _____ semanas |
| Nombre del Obstetra | | | |
| Nombre del Médico que ordenó la prueba | | | |

RESULTADO DE LA PRUEBA

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| Fecha de la toma de la muestra | Mes / Día / Año _____ / _____ / _____ | Fecha del resultado | Mes / Día / Año _____ / _____ / _____ |
| Tipo de prueba | Resultado | <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No concluyente | |

DATOS DE LA PERSONA QUE REPORTA

| | | | |
|---|---|----------|----------------------|
| Entidad que reporta | <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Laboratorio de Hospital | | |
| Nombre | | | |
| Teléfonos | (____) _____ - _____ (____) _____ - _____ (____) _____ - _____ | | |
| Localización | | | |
| Correo electrónico | | | |
| Nombre de la persona que completó el formulario | Nombre | Inicial | Apellido Materno |
| | Apellido Paterno | | |
| Fecha que Completó Formulario | Mes / Día / Año _____ / _____ / _____ | Teléfono | (____) _____ - _____ |



Sistema de Vigilancia de Amenazas Emergentes para Madres y Bebés
Coronavirus (COVID-19)

Formulario para el Reporte Suplementario de Resultado: Mujer Embarazada

Favor de completar este formulario para reportar los resultados de la prueba de laboratorio para COVID-19 en mujeres embarazadas (cualquier trimestre) al Sistema de Vigilancia Amenazas Emergentes para Madres y Bebés.

DATOS DE LA PACIENTE

| | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------------|--|------------------|--------------|---|---------|
| Nombre de la paciente | | | | | | |
| | Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombre | Inicial |
| Fecha de nacimiento | ____ / ____ / ____ Mes / Día / Año | | Edad | ____ ____ | Teléfonos (____) ____ - ____ (____) ____ - ____ | |
| Dirección Residencial | Urbanización, Condominio o Barrio | | | | | |
| | Número y Calle | | Municipio | | Código Postal | |
| Correo electrónico | | | | | | |

DATOS DEL EMBARAZO

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--|------------------|----------------------|
| Fecha estimada de parto | ____ / ____ / ____ Mes / Día / Año | | Edad Gestacional | ____ ____ semanas |
| Nombre del Obstetra | | | | |
| Nombre del Médico que ordenó la prueba | | | | |

RESULTADO DE LA PRUEBA

| | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|--|---|---------------------------------------|--|--|
| Fecha de la toma de la muestra | ____ / ____ / ____ Mes / Día / Año | | Fecha del resultado | ____ / ____ / ____ Mes / Día / Año | | |
| Tipo de prueba | Resultado | | <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No concluyente | | | |

DATOS DE LA PERSONA QUE REPORTA

| | | | | | |
|---|---|--|------------------|--------------------|------------------|
| Entidad que reporta | <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Laboratorio de Hospital | | | | |
| Nombre | | | | | |
| Teléfonos | (____) ____ - ____ (____) ____ - ____ (____) ____ - ____ | | | | |
| Localización | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | |
| Nombre de la persona que completó el formulario | Nombre | | Apellido Paterno | | Apellido Materno |
| | ____ | | ____ | | ____ |
| Fecha que Completó Formulario | ____ / ____ / ____ Mes / Día / Año | | Teléfono | (____) ____ - ____ | |