



0%

**BID**

Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

Página de inicio de sesión para la encuesta de establecimientos de salud

ID:

1. Identificación del centro:

- ☐ ADOLFO RUIZ CORTÍNEZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ALDAMA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ALDAMA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ AMPARO AGUA TINTA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ BACHAJÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ BUENA VISTA SAN JOSÉ NAPILÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CANOLLJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 0 JUC'NIL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 0 SAN JOSÉ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 1 YA'ALTZEMEN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL CHIOLJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL EL MANGO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL SAN MIGUEL LA SARDINA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL TZAJALCHÉN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL YAXALA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL YIBELJOJ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CESSA SAN LUCAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHACAMAX / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHACHALACA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHANAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHENALHÓ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHIOLJÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHOCOLJAITO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHULNA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHUTALILJÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CLÍNICA DE LA MUJER PALENQUE / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CLÍNICA DE LA MUJER SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CRUZ CHOT / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EBEN EZER / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EL GUANAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EL PROGRESO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EMBARCADERO APIC - PAC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ESQUIPULAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ FILADELFIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ GUADALUPE VICTORIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ HOSP. BÁSICO COMUNITARIO CHALCHIHUITÁN / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSP. BÁSICO COMUNITARIO TEOPISCA / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE LARRAINZAR / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE SANTO DOMINGO / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO OXCHUC / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO SAN JUAN CHAMULA / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL DE LAS CULTURAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL INTEGRAL LAS MARGARITAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ ICALUMTIC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ IGNACIO ZARAGOZA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ JERUSALÉN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LA AURORA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LA LAGUNA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LA PALMA UNO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LAS LIMAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ MESBILJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NATILTÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVA PALESTINA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVA SANTA MARGARITA AGUA AZUL / Unidad de Consulta Externa

- ☐ NUEVO HUIXTÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVO VERACRUZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OCOSINGO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OCOTAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OXCHUC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PALENQUE / Unidad de Hospitalización
- ☐ PALENQUE / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PANTELHÓ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PROGRESO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PUEBLO NUEVO SOLISTAHUACÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PUYIPA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ RAFAEL RAMÍREZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ RAUDALES MALPASO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SALTO DE AGUA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ SAN FRANCISCO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN JUAN CANCUC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN JUAN CHAMULA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN PEDRO LA TEJERÍA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN QUINTÍN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTA CECILIA EL PEDREGAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTA RITA 1ª SECCIÓN (MICHOL) / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTIAGO EL PINAR / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SIBERIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SIMOJOVEL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TECPATAN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TENEJAPA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TILA / Unidad de Hospitalización
- ☐ TZAMETAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ VENUSTIANO CARRANZA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ XAXAJATIC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ YABTECLUM PUEBLO NUEVO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ YAJALÓN / Unidad de Hospitalización
- ☐ YAJALÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ZACUALPA ECATEPEC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ZINACANTÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ Otro

2. Identificación del centro:

3. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

4. Identificación 1 del entrevistador

5. Identificación 2 del entrevistador

Busque a la persona responsable de la unidad médica o la persona que tenga el más alto cargo y que esté presente en la médica. A esa persona lea el siguiente consentimiento informado y si esa persona está de acuerdo en participar en el estudio, solicítele que firme el documento.

Buen día, mi nombre es [NOMBRE]. El Colegio de la Frontera Sur está realizando en Chiapas la Encuesta de Nutrición y Salud, con la finalidad de realizar un diagnóstico de los servicios de salud con el propósito de contribuir a mejorarlos. Su unidad médica ha sido elegida para participar en esta encuesta por lo que estamos solicitando su consentimiento para participar en ésta.

Le haremos preguntas acerca de diversos servicios que ofrecen a la población y le pediremos ver los registros de los pacientes. Los nombres de los pacientes no se registrarán, ni compartirán. La información acerca de esta unidad médica puede ser utilizada por el Instituto de Salud del estado de Chiapas u otras instituciones relacionadas, si así lo desean, para planificación y mejora de los servicios, o bien con fines de investigación. Los datos que se recopilen de esta unidad médica también se podrán proporcionar a investigadores para que realicen análisis, sin embargo, el nombre de su unidad médica no será proporcionado, solamente estarán disponibles los datos de la unidad médica. Con ello le garantizamos la total confidencialidad de la información que usted nos pueda brindar.

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria, usted tiene derecho a dejar de participar en cualquier momento y si desea no participar, no tendrá ninguna repercusión en su trabajo o su relación futura con el ISECH.

Estamos solicitando su ayuda para asegurarnos de que la información que recopilamos sea precisa. Si hay preguntas para las cuales alguna otra persona sea más idónea para proporcionar la información, le agradeceríamos que nos presente a esa persona.

¿Tiene alguna pregunta acerca de la encuesta?

¿Tengo su consentimiento para continuar?

6. ¿Se obtuvo consentimiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

Las Características Generales del Establecimiento

7. Primera quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Casa de salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
- ☐ Unidad de Especialidades Médicas
- ☐ Unidad móvil
- ☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos
- ☐ Hospital especializado
- ☐ Hospital general
- ☐ Hospital integral (comunitario)

8. ¿De qué hora a qué hora da servicio esta unidad de salud?

De AM a PM o

9. ¿Esta unidad médica ofrece servicios todos los días en los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

10. ¿Tiene médicos disponibles con una llamada telefónica los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos?

- ☐ Sí, todos los días incluyendo fines de semana y días festivos.
- ☐ Sí, pero solo de lunes a viernes; en fines de semana y días festivos no, o solo ocasionalmente
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

11. ¿Cuenta esta unidad médica con un equipo médico de visita domiciliar? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

12. ¿Normalmente reciben pacientes referidos o enviados desde otra unidad médica? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

13. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

14. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

15. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

16. ¿Normalmente envían o refieren pacientes a otra unidad médica? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

17. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

18. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

19. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

Por favor dígame si esta unidad médica cuenta con el siguiente personal, si laboran de tiempo completo o de medio tiempo, y en qué turno están

20. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno		
			Mañana	Tarde	Noche
Médicos generales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pediatras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nutricionistas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Farmacéuticos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermeras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Auxiliares de enfermeras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parteras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabajadoras sociales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnicos de laboratorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promotores de salud	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras especialidades (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ahora, para las categorías de personal le voy a mencionar, por favor indíqueme si cuentan con ellos en esta unidad y cuántos están disponibles para venir.

21.	Presente	Número
Internista	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ginecobstetras	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirujanos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anestesiólogos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personal técnico para emergencias (paramédicos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnico radiólogo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chofer de ambulancia /polivalente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras especialidades (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ahora, para las categorías de personal le voy a mencionar, por favor indíqueme si cuentan con ellos en esta unidad, si están disponibles para venir si se les llama, y cuántos están disponibles para venir.

22.	Presente	Número	Disponible si es llamado 24 h 7 días a la semana	Número
Internista	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ginecobstetras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirujanos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anestesiólogos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personal técnico para emergencias (paramédicos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnico radiólogo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chofer de ambulancia /polivalente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras especialidades (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por favor indíqueme si los siguientes tipos de personal trabajan en esta unidad:

23.	Presente
Encargados de mantenimiento de equipos	<input type="text"/>
Encargados de mantenimiento de edificio	<input type="text"/>

24. ¿A qué distancia les queda el banco de sangre más cercano?

Duración:

- ☐ En vehículo: minutos
- ☐ A pie: minutos
- ☐ No se usa el servicio de banco de sangre
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

25. ¿Tienen acceso a sangre segura?

- ☐ Si
- ☐ No

- ☐ No sabe
☐ No contesta

26. ¿Tiene esta unidad servicio de luz?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

27. ¿Tiene la energía eléctrica la suficiente potencia para mantener funcionando a todos los equipos de esta unidad?

- ☐ Sí, todos los equipos
☐ Solo algunos equipos
☐ Ningún equipo
☐ No sabe
☐ No contesta

28. En un día normal, ¿cuántas horas al día la unidad médica cuenta con energía eléctrica?

- ☐ Todo el tiempo
☐ Anote el número de horas
☐ No sabe
☐ No responde

29. Durante la semana pasada, mientras la unidad médica estuvo abierta (incluyendo la atención de servicio de urgencias) ¿cuántos días se quedó sin electricidad por al menos dos horas?

- ☐ No hubo interrupciones en la energía eléctrica.
☐ Número total de días
☐ No sabe
☐ No responde
☐ No aplica

30. Sírvase indicar todas las fuentes de electricidad para este centro. (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN):

- ☐ Suministro de una central (Comisión Federal de Electricidad)
☐ Suministro privado
☐ Generador en el centro
☐ Generador solar
☐ Otra fuente (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

31. ¿Esta unidad médica cuenta con planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

32. ¿Funciona la planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

33. ¿Cuenta con combustible todo el tiempo para echar a andar la planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

34. ¿Esta unidad médica cuenta con alguna fuente de abastecimiento de agua? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

35. ¿De dónde sacan el agua para esta unidad médica? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE)

- ☐ Agua entubada
☐ Pozo publico
☐ Pozo protegido dentro de la unidad
☐ Pozo no protegido
☐ Bomba manual
☐ Agua embotellada
☐ Camión cisterna o pipa
☐ Agua de lluvia
☐ Otras
☐ No sabe
☐ No contesta
-

36. ¿Tiene esta unidad conexión a internet?

- ☐ si
☐ no
☐ no sabe
☐ no contesta
-

37. En esta unidad médica ¿se realizan reuniones internas de rutina para discutir los asuntos administrativos y de gestión de la unidad?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta
-

38. ¿Qué tan seguido se realizan esas reuniones internas para discutir los asuntos administrativos y de gestión?

- ☐ Mensualmente o más seguido
☐ Cada 2-3 meses
☐ Cada 4-6 meses
☐ Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses
☐ No sabe
☐ No contesta
-

39. ¿Se guardan registros o actas de cada reunión de discusión de temas médicos?

- ☐ Sí
☐ Sí, cuando es necesario
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta
-

40. ¿Ante qué autoridad o autoridades presentan ustedes los registros de cada reunión interna en la unidad médica?

- ☐ No las presentan a ninguna autoridad
☐ Autoridades municipales
☐ Autoridades de salud
☐ Otras (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta
-

41. En esta unidad médica ¿se realizan reuniones internas de rutina para discutir temas médicos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta
-

42. ¿Qué tan seguido se realizan esas reuniones internas para discutir temas médicos?

- ☐ Mensualmente o más seguido
☐ Cada 2-3 meses
☐ Cada 4-6 meses
☐ Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses
☐ No sabe
☐ No contesta
-

43. ¿Se guardan registros o actas de cada reunión de discusión de temas médicos?

- ☐ Sí
☐ Sí, cuando es necesario
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta
-

44. ¿Ante qué autoridad o autoridades presentan ustedes los registros de las reuniones de discusión de temas médicos?

- ☐ No las presentan a ninguna autoridad
☐ Autoridades municipales
☐ Autoridades de salud
☐ Otras (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta
-

45. ¿Tiene esta unidad servicio de hospitalización?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta
☐ No aplica
-

46. Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos servicios adicionales que en esta unidad médica son proporcionados a los pacientes y sus familiares.

¿Se les proporciona alimentos a los pacientes que son hospitalizados o internados aunque sea por algunas horas?

(SOLO APLICA A UNIDADES MÉDICAS QUE CUENTAN CON HOSPITALIZACIÓN O SERVICIO DE URGENCIAS)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

47. ¿Se les brindan facilidades a los familiares de los pacientes para que permanezcan junto a su enfermo o paciente?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

48. ¿Qué tipo de facilidades se les brindan a los familiares de los pacientes?

- ☐ Solo alimentos
☐ Lugar donde dormir
☐ Alimentos y lugar donde dormir
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
☐ Ninguna
☐ No sabe
☐ No contesta

La Educación y Capacitación del Personal

Ahora le voy a preguntar sobre los cursos de capacitación que se imparten en esta unidad médica para el personal médico que labora aquí. Le voy a leer el nombre del curso y sus contenidos y usted me dirá si se ha impartido alguna vez, en los últimos 3 años o en los últimos 12 meses.

Anote los siguientes códigos:

49. CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	Total de días de curso en un año	¿Quién
Entrenamiento sobre inmunizaciones -----	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Manejo integrado de enfermedades del niño (IMCI) -----	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuidado del recién nacido (cuidado del cordón, control de temperatura, alimentación al seno materno, resucitación neonatal) -----	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Planificación familiar: DIU e implantes, inserción y retiro, consejería general). -----	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Atención prenatal y posnatal -----	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuidado rutinario del trabajo de parto y parto vaginal -----	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuidados básicos en urgencias obstétricas -----	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Manejo de complicaciones maternas (asfixia, preeclampsia, eclampsia, sepsis). -----	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Manejo de complicaciones neonatales (prematurez, bajo peso al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

nacimiento,
sepsis,
asfixia).

50. ¿Reciben a estudiantes u otro personal para entrenamiento en esta unidad?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

51. ¿Quiénes vienen a entrenarse? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- ☐ Estudiantes de pregrado
☐ Internos de pregrado
☐ Pasantes de servicio social
☐ Residentes de especialidad
☐ Estudiantes de enfermería
☐ No sabe
☐ No contesta
☐ No aplica

Acreditación y Certificación

52. ¿Ha sido acreditada esta unidad por la Secretaría de Salud?

- ☐ Si
☐ Acreditación en trámite
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

53. ¿Podría enseñarme una copia del certificado de acreditación?

- ☐ Observada
☐ No observada
☐ Rechazó mostrarla

54. ¿Cuándo fue acreditada esta unidad?

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrada

¿Cuántos de los siguientes especialistas que trabajan en esta unidad están certificados por el Consejo Nacional de su especialidad?

55. Número

Pediatra	<input type="text"/>
Gineco-obtetra	<input type="text"/>
Cirujano	<input type="text"/>
Anestesiólogo	<input type="text"/>

Servicios de Atención Prenatal

56. ¿Esta unidad médica ofrece servicios de atención prenatal?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

57. ¿Quién ofrece los servicios de atención prenatal? (Seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Coordinador de salud comunitaria
☐ Otro (especifique):
☐ No sabe
☐ No contesta

Atención del parto y del recién nacido

58. Ahora quisiera preguntarle sobre los servicios de atención del parto y atención del recién nacido

¿Esta unidad médica tiene la capacidad para atender partos eutócicos de manera rutinaria (no de urgencias)?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

59. ¿Atiende esta unidad partos eutócicos de manera rutinaria (no incluya nacimientos de urgencias)?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

☐ No contesta

60. ¿Se atienden nacimientos en la unidad de salud, en los hogares o en ambos?

- ☐ Sólo en la unidad de salud
☐ Sólo en los hogares de las mujeres
☐ En la unidad de salud y en los hogares
☐ No sabe
☐ No contesta

61. ¿Esta unidad médica realiza acciones para adaptar los servicios a las condiciones socioculturales de las mujeres? Por ejemplo, la unidad cuenta con personal que hable la lengua local además de español, o se entrega a la mujer información en su lengua cuando no habla español

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

62. ¿Esta unidad médica realiza acciones para adaptar los servicios a las condiciones socioculturales de las mujeres? Por ejemplo, cuenta con personal que hable la lengua local además de español, se permite que la mujer sea acompañada por familiares u otras personas durante el parto, se permite elegir la posición para tener el parto, se le permite a la mujer vestirse como desea o tomar líquidos durante el parto, se le permite caminar durante el trabajo de parto, se le entrega información en su lengua cuando no habla español o se le entrega la placenta si la solicita

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

63. ¿Cuántos miembros del personal de salud de la unidad hablan alguna lengua indígena de la región?

- ☐ Número:
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No responde

64. Durante el trabajo de parto se les permite a las mujeres:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No	No sabe	No contesta
Parir en una cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir en una silla de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir de rodillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir en cuclillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir sentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto en una cama vertical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

65. Aunque esta unidad médica no atiende partos de manera rutinaria, ¿atendió algún parto de urgencia en el último año?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

66. ¿Alguna persona acompaña a la mujer a la atención de su parto en la unidad médica?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

67. ¿Quién acompaña a la mujer?

- ☐ Trabajadora comunitaria de salud
☐ Partera
☐ Otro (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta

Atención posnatal

68. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención posnatal que se ofrecen en esta unidad médica ¿Brinda esta unidad servicios de atención postnatal inmediata (dentro de 48 horas)?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No responde

69. ¿Quién proporciona la atención posnatal a las mujeres inmediatamente después del parto? (Seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Coordinador comunitario de salud
☐ Otro (especifique):
☐ No sabe
☐ No contesta

70. ¿Quién proporciona el cuidado posnatal para el recién nacido inmediatamente después del parto? (Seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Coordinador comunitario de salud
☐ Otro (especifique):
☐ No sabe
☐ No contesta

Servicios de salud infantil

71. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención a la salud infantil que se ofrecen en esta unidad médica.

¿Esta unidad médica ofrece atención para niños menores de 5 años de edad, ya sea en la clínica, en la comunidad o en la escuela?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Logística de vacunación

72. ¿Esta unidad médica proporciona servicios de vacunación para niños menores de 5 años de edad?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

73. ¿Esta unidad almacena rutinariamente alguna vacuna, o se recogen todas sus vacunas de otro establecimiento o se las envían cuando se están proporcionando los servicios?

[Almacenar vacunas durante 1 ó 2 días solamente para su uso inmediato no se considera como almacenamiento de vacunas]

- ☐ Sí, almacena vacunas
☐ No, se recogen de otra unidad médica
☐ No, se las envían cuando se proporcionan los servicios
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No contesta

74. ¿Esta unidad médica determina la cantidad que necesita de cada vacuna y la pide, o la cantidad de vacuna que reciben es determinada en otra parte?

- ☐ La unidad médica determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.
☐ En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.
☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
☐ No sabe
☐ No contesta

75. ¿En esta unidad médica se determina la cantidad de cada vacuna que requieren, de la misma manera para cada tipo de vacuna?

- ☐ Sí, de la misma manera
☐ No, es diferente para cada tipo de vacuna.
☐ No sabe
☐ No contesta

76. ¿Cómo determinan las necesidades para cada una de las siguientes vacunas?

(Seleccione una para cada vacuna)

(ANOTE LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE PARA CADA VACUNA EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)	Determina sus propias necesidades y la piden.	Las necesidades son determinadas en otro lugar	Otro (ESPECIFIQUE)	No sabe	No contesta	No aplican esa vacuna
Pentavalente (Incluye DPT, Influenza B y Hepatitis B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPT sola, no como parte de la vacuna pentavalente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarampión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza						

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjugado neumocócico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

77. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el sistema de rutina para decidir cuándo pedir vacunas?

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

- ☐ Tiempo fijo; cada semanas
☐ Pide cuando es necesario
☐ Otro (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

78. ¿En promedio, cuánto tardan en recibir su pedido de vacunas después de que las han solicitado?

- ☐ Número de días
☐ Número de semanas
☐ No sabe
☐ No contesta

79. Si hay escasez de alguna vacuna en particular en el tiempo entre dos pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan en esta unidad médica para obtenerla?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
☐ La unidad médica la compra
☐ El paciente la compra por fuera
☐ Esta unidad medica la pide prestada a otra unidad médica
☐ No hacen nada, no hay nada qué hacer
☐ Otro (especifique):
☐ No sabe
☐ No contesta

80. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de vacunas que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
☐ Casi siempre
☐ Casi nunca
☐ No sabe
☐ No contesta

81. En los últimos seis meses, ¿cuál o cuáles de las siguientes vacunas estuvieron escasas?

Pentavalente (Incluye DPT, Influenza B y Hepatitis B)	-- Seleccione uno --
DPT sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Hepatitis B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Influenza B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Polio	-- Seleccione uno --
Sarampión	-- Seleccione uno --
Influenza	-- Seleccione uno --
Rotavirus	-- Seleccione uno --
Conjugado neumocócico	-- Seleccione uno --
BCG para niños prematuros	-- Seleccione uno --

82. En los últimos 3 meses, ¿en algún momento usted sintió que se iba a quedar sin vacunas?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

83. ¿Cuántos refrigeradores tienen para guardar vacunas?

- ☐ Número
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No contesta

84. En esta unidad médica, ¿cuántos termos fríos (pingüinos) de transporte de vacunas tiene disponibles?

- ☐ Uno
☐ Dos o más
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No contesta

85. ¿Hay paquetes de hielo para los termos (pingüinos) de transporte de vacunas (cuatro o cinco por caja)?

- ☐ Sí, un juego
☐ Sí, dos o más juegos
☐ No, se usa hielo comprado
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Servicios de planificación familiar

86. Ahora quisiera preguntarle sobre los servicios de planificación familiar.

¿Esta unidad médica ofrece servicios de planificación familiar, incluyendo anticonceptivos o asesoramiento sobre métodos naturales de planificación familiar?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

87. ¿Esta unidad médica ofrece consejería individual a cada mujer o pareja sobre planificación familiar?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

88. ¿Esta unidad médica ofrece consejería grupal a mujeres o parejas sobre planificación familiar?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

89. ¿Cuenta esta unidad con médico entrenado para colocar dispositivos intrauterinos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

90. ¿Cuenta esta unidad con medico entrenado para realizar esterilización femenina (ligadura de trompas) voluntaria?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

91. ¿Cuenta esta unidad con medico entrenado para realizar esterilización voluntaria masculina (vasectomía)?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

92. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos se proporcionan o recetan, o sobre cuál o cuáles se proporciona asesoramiento en esta unidad?

Píldora anticonceptiva oral combinada	-- Seleccione uno --
Píldora sólo de progestina	-- Seleccione uno --
Inyectable combinado (con estrógenos) (1 por mes)	-- Seleccione uno --
Inyectable sólo de progestina (2 ó 3 por mes) (por ej., Depo o Microgynon)	-- Seleccione uno --
Parche anticonceptivo	-- Seleccione uno --
Preservativo femenino	-- Seleccione uno --
Dispositivo intrauterino	-- Seleccione uno --
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	-- Seleccione uno --
Espermicidas	-- Seleccione uno --
Diafragma	-- Seleccione uno --
Píldora anticonceptiva de	-- Seleccione uno --

emergencia	
Esterilización masculina / vasectomía	-- Seleccione uno --
Esterilización femenina/ligadura de trompas	-- Seleccione uno --
Otros	-- Seleccione uno --

93. ¿Proporcionan asesoría sobre métodos de planificación familiar naturales (ritmo por ejemplo)?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

94. ¿Se ofrecen o se recomiendan condones masculinos , ya sea que se consideren o no como un método de planificación familiar?

- ☐ Se ofrecen
☐ Se recomiendan pero no se ofrecen
☐ Se distribuyen, aunque no como un método de planificación familiar
☐ No se recomiendan ni se ofrecen
☐ No sabe
☐ No contesta

95. En esta unidad médica ¿El asesoramiento sobre planificación familiar es parte de un programa permanente? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

96. ¿Proporciona esta unidad anticoncepción de emergencia a mujeres que solicitan servicios para prevenir el embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección?

- ☐ Sí, se receta y se proporciona
☐ Se receta, pero no se proporciona
☐ No se receta ni se proporciona
☐ No sabe
☐ No contesta

97. En esta unidad médica, ¿se ofrecen pruebas de embarazo?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Suministro de anticonceptivos

98. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca del abasto de métodos anticonceptivos. ¿Esta unidad almacena rutinariamente métodos anticonceptivos, o los recoge de alguna otra unidad u oficina cuando van a ser proporcionados?

[Mantener los anticonceptivos 1 ó 2 días para uso inmediato no se considera como almacenamiento de métodos anticonceptivos.]

- ☐ Sí almacena métodos anticonceptivos
☐ No, los traen de otra unidad cuando van a ser aplicados
☐ No sabe
☐ No contesta

99. ¿Esta unidad médica determina la cantidad que necesita de métodos anticonceptivos y los pide, o la cantidad de anticonceptivos que reciben es determinada en otra parte?

- ☐ La unidad médica determina qué cantidad de anticonceptivos necesita y la pide.
☐ En otro lugar se determina la cantidad de anticonceptivos que se les envían.
☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de anticonceptivos de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
☐ No sabe
☐ No contesta

100. ¿En esta unidad médica se determina la cantidad de cada método anticonceptivo que requieren, de la misma manera para cada tipo de anticonceptivo?

- ☐ Sí, de la misma manera
☐ No, es diferente para cada tipo de anticonceptivo.
☐ No sabe
☐ No contesta

101. ¿Cómo determinan las necesidades para cada una de los siguientes métodos de planificación familiar?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN PARA CADA MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y ANOTE EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)	Determina sus propias necesidades y la piden.	Las necesidades son determinadas en otro lugar	Otro (ESPECIFIQUE)	No sabe	No contesta
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con progestina solamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Injectables combinados (con estrógenos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

para un mes					
Injectables con solamente progestina para 2 o 3 meses (ejem. Depo o Microgynon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parche anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón femenino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espermicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diafragma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Píldoras de emergencia (anticoncepción de emergencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

102. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el sistema de rutina para decidir cuándo pedir métodos anticonceptivos?

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

- ☐ Tiempo fijo. Cada semanas
☐ Pide cuando es necesario
☐ Lo define un proveedor externo
☐ Otro (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

103. ¿En promedio, como cuánto tardan en recibir su pedido de métodos anticonceptivos después de que los han solicitado? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Número de días
☐ Número de semanas
☐ No sabe
☐ No contesta

104. Si hay escasez de algún método anticonceptivo en específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan en esta unidad médica para conseguirlo?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
☐ La unidad médica la compra
☐ El paciente la compra por fuera
☐ Se pide prestada a otra unidad médica
☐ No sabe
☐ No contesta

105. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de métodos anticonceptivos que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
☐ Casi siempre
☐ Casi nunca
☐ No sabe
☐ No contesta

106. En los últimos seis meses, ¿cuál de los siguientes métodos anticonceptivos estuvo escaso?

(ANOTE LA RESPUESTA PARA CADA MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)

	Sí	No	No sabe	No contesta
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con progestina solamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Injectables combinados (con estrógenos) para un mes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Injectables con solamente progestina para 2 o 3 meses (ejem. Depo o Microgynon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parche anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón femenino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espermicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diafragma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Píldoras de emergencia (anticoncepción de emergencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

107. En los últimos 3 meses, ¿en algún momento usted sintió que se iba a quedar sin métodos anticonceptivos? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Abasto de medicamentos

108. Ahora me gustaría preguntarle acerca del sistema que tiene esta unidad médica para abastecerse de medicinas.

¿Qué tipo de farmacia tienen en esta unidad médica? (LEA LAS OPCIONES Y ELIJA UNA OPCIÓN)

- ☐ La farmacia es privada
☐ La farmacia es de gobierno
☐ Otra (ESPECIFIQUE)
☐ No cuentan con farmacia
☐ No sabe
☐ No contesta

109. ¿Esta unidad médica determina la cantidad de cada medicamento que necesita y las pide, o la cantidad que recibe de cada medicamento es determinada en otra parte?

- ☐ La unidad médica determina qué cantidad de medicamentos necesita y las pide.
☐ En otro lugar se determina la cantidad de medicamentos que se les envían.
☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de medicinas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
☐ No sabe
☐ No contesta

110. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el sistema de rutina para decidir cuándo pedir medicamentos?

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

- ☐ Tiempo fijo; cada semanas
☐ Pide cuando es necesario
☐ Proveedor externo
☐ Otro (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

111. ¿En promedio, como cuánto tardan en recibir su pedido de medicamentos después de que los han solicitado?

- ☐ Número de días
☐ Número de semanas
☐ No sabe
☐ No contesta

112. Si hay escasez de algún medicamento específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan para conseguirlo?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
☐ La unidad médica la compra
☐ El paciente la compra por fuera
☐ Esta unidad medica lo pide prestado a otra unidad médica
☐ No sabe
☐ No contesta

113. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de medicamentos que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
☐ Casi siempre
☐ Casi nunca
☐ Nunca
☐ No sabe
☐ No contesta

114. En los últimos 3 meses, ¿en algún momento usted sintió que se iban a agotar algunos medicamentos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Control de Infecciones

115. Ahora me gustaría preguntarle acerca del control de infecciones en esta unidad médica.

¿Se reutilizan las jeringas para aplicar inyecciones o extraer sangre a los pacientes?

- ☐ Sí
☐ No

- ☐ No sabe
☐ No contesta

116. Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el método final que se usa más comúnmente para esterilizar las jeringas antes de reutilizarlas? *(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)*

- ☐ Esterilización con calor seco
☐ Esterilización en autoclave
☐ Esterilización mediante hervor
☐ Esterilización con vapor
☐ Método químico
☐ No se esterilizan
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
☐ No sabe
☐ No contesta

117. ¿Qué procedimiento se utiliza para descontaminar y limpiar el equipo antes de ser reutilizado?

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

[Haga preguntas, si es necesario, para determinar la respuesta correcta.]

- ☐ Sumergir en solución desinfectante y luego frotar con un cepillo con agua y jabón
☐ Frotar con un cepillo con agua y jabón y después sumergir en desinfectante
☐ Frotar con un cepillo con agua y jabón solamente
☐ Sumergir en desinfectante, sin frotar con un cepillo
☐ Limpiar con agua y jabón, sin frotar con un cepillo
☐ Nunca se reutiliza ningún equipo
☐ No descontaminar
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
☐ No sabe
☐ No contesta

118. ¿Existe en la unidad médica algún manual sobre cómo descontaminar equipos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

119. ¿Cuenta esta unidad médica con incinerador?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

120. ¿Esta unidad médica tiene un contrato con otra unidad médica o compañía para desechar los productos biológicos de riesgo?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

121. ¿Qué tan seguido los desechos biológicos de riesgo son recogidos o enviados o a esa otra unidad médica o compañía?

- ☐ Número de días en una semana:
☐ Número de días en un mes:
☐ No sabe
☐ No contesta

122. ¿Cuál es el método final que se utiliza más comúnmente para desinfectar o esterilizar equipo médico (tal como espejos vaginales, fórceps o instrumentos quirúrgicos) antes de reutilizarlos?

[Si se utilizan distintos métodos para distintos tipos de equipos, indique el/los método(s) que se utilizan para los equipos de metal tales como espéculos y fórceps]

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN):

- ☐ Esterilización con calor seco
☐ Esterilización en autoclave
☐ Esterilización mediante hervor
☐ Esterilización con vapor
☐ Método químico
☐ Procesado fuera del establecimiento
☐ Nunca se esteriliza el equipo médico
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
☐ No sabe
☐ No contesta

123. En esta unidad médica, ¿Cuál es el procedimiento que utilizan para desechar las cajas con agujas y otros objetos punzantes?

(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se queman en un incinerador
☐ Se queman a cielo abierto
Las tiran sin quemar

- ☐ ☐ Las desechan fuera de las instalaciones
☐ Nunca tienen desechos de agujas o de objetos punzantes
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
☐ No sabe
☐ No contesta

124. En esta unidad médica ¿Cómo se desechan los productos biológicos de riesgo como vendas y gasas?

(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se queman en un incinerador
☐ Se queman a cielo abierto
☐ Las tiran sin quemar
☐ Las desechan fuera de las instalaciones
☐ Nunca tienen desechos de productos biológicos de riesgo como vendas y gasas
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
☐ No sabe
☐ No contesta
☐ No aplica

125. En esta unidad médica ¿Qué tan seguido se desechan los productos biológicos de riesgo?

- ☐ Número de días en una semana:
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
☐ No sabe
☐ No contesta
☐ No aplica

Información de registros o reportes

Ahora quisiéramos preguntarle sobre algunos datos sobre la atención médica prestada en esta unidad. Le pediríamos recolectar esta información y podemos volver con usted una vez que la tenga disponible. Con esto llegaríamos al final de la entrevista, y le pediríamos autorización para avanzar en el siguiente componente de esta visita, que es una observación de las áreas físicas de esta unidad

126. En esta unidad médica, ¿se prepara algún reporte para evaluar su propio desempeño, que no sean los informes que se dan al sistema de información?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

127. ¿Podría usted por favor mostrarnos una copia del último reporte de evaluación de su propio desempeño?

- ☐ Sí, lo entrega.
☐ No desea enseñarlo
☐ No lo tiene o no lo encuentra

128. La siguiente información debe extraerse de registros de la unidad médica.

	Número:	Ninguno	No sabe	No contesta
Número de mujeres embarazadas a las que se ha dado atención prenatal en los últimos 2 años	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número total de nacimientos atendidos en los últimos 2 años	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número total de cesáreas en los últimos 2 años	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántos nacimientos se atendieron en el último año	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuántas muertes maternas hubo en esta unidad en el último año?	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas muertes neonatales hubo en esta unidad en el último año?	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

129. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Lista de verificación de observación

Una vez terminada la entrevista a el(la) responsable de la unidad de salud, solicítele iniciar la visita a la unidad de salud acompañado del responsable o la persona que él(ella) designe.

130. Seleccione el área en la que llevará a cabo la observación:

- ☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal
☐ Sala de expulsión
☐ Sala de expulsión de emergencia
☐ Área de planificación familiar
☐ Área de atención a niños
☐ Área de vacunas
☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
☐ Área de diagnóstico por imágenes
☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos

- ☐ Farmacia
☐ Laboratorio
☐ Condiciones generales de la unidad
☐ Al final de la encuesta

131. ¿Está usted seguro de que quiere enviar esta encuesta?

- ☐ Sí
☐ No

Atención prenatal y post-natal

132. Solicite ver las áreas o consultorios en los que se da la atención prenatal y postnatal.

Características de las áreas físicas:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Area o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
☐ Area o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Area con privacidad visual únicamente
☐ Area no privada
☐ Otro
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:

133.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>		
Estadímetro	<input type="checkbox"/>		
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/>		
Cinta obstétrica del CLAP	<input type="checkbox"/>		
Lámpara de chicote	<input type="checkbox"/>		
Baumanómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>		

134.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>		
Estadímetro	<input type="checkbox"/>		
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/>		
Cinta obstétrica del CLAP	<input type="checkbox"/>		
Lámpara de chicote	<input type="checkbox"/>		
Baumanómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>		
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/>		

135.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>		
Estadímetro	<input type="checkbox"/>		
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/>		
Cinta obstétrica del CLAP	<input type="checkbox"/>		
Lámpara de chicote	<input type="checkbox"/>		
Baumanómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>		
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/>		

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

136.	Observado (si/no)
Historia clínica materno perinatal	<input type="checkbox"/>
Carnet o tarjeta materno perinatal	<input type="checkbox"/>

137.	Observado (si/no)
Historia clínica materno perinatal	<input type="checkbox"/>
Carnet o tarjeta materno perinatal	<input type="checkbox"/>

138.	Observado (si/no)
Historia clínica materno perinatal	<input type="checkbox"/>
Carnet o tarjeta materno perinatal	<input type="checkbox"/>

139. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

Observado	No observado	Rechazó mostrar

Normas nacionales, lineamientos o protocolos de planificación familiar o servicios de salud reproductiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos de atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos de atención post-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre consejería en nutrición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

140. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos.

Los siguientes materiales deben estar colocados en la pared o en un lugar visible.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Materiales visuales para educación sobre embarazo y atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

141. Solicite ver los registros de mujeres en atención prenatal

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

142. Solicite ver los registros de mujeres en atención postparto

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Sala de expulsión o nacimiento

143. Solicite ver la sala de expulsión o lugar donde atiende los nacimientos.

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Área con privacidad visual únicamente
☐ Área no privada
☐ Otro
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:

144.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Equipo p/ suero c/ macrogotero y microgotero	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Campos estériles para recibir al recién nacido	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonda Nasogástrica K 33	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

145.	Observado (si/no)
Catéter Intravenoso Estéril N° 18	<input type="checkbox"/>
Pinza metálica o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical	<input type="checkbox"/>

146. Pida ver la maleta (bolso o bulto) para partos de emergencia en el establecimiento.

- ☐ Observados
☐ No se observó
☐ Se negó a mostrar

147. Evalúe las condiciones de la sala de nacimiento (expulsión)

	Observado	No observado	Otro	Rechazó mostrar
Piso: limpio y trapeado, sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muebles y sillas limpias y sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo y estantería limpios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paredes razonablemente limpias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

148. Sala de expulsión o nacimiento culturalmente adaptada para población indígena

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

149. Cama para parto en posición vertical en sala de nacimiento culturalmente adaptada

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Sala de atención de emergencias

150. Solicite ver la sala emergencias

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Área con privacidad visual únicamente
☐ Área no privada
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

Anote la existencia, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

151.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimación para adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laringoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para AMEU	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

152.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio de pinard	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

153.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Autoclave	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote la existencia, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

154.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimación para adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laringoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para AMEU	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

155.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

156.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio de pinard	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

157.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Autoclave	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Área de Planificación familiar

158. Pida ver el lugar donde se proporciona la asesoría para planificación familiar y anote lo siguiente. (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Área con privacidad visual únicamente
☐ Área no privada
☐ Otro
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

159. Por favor verifique la existencia de métodos anticonceptivos en esta unidad médica (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, en el área de planificación familiar
☐ Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.
☐ Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.
☐ No
☐ No sabe

160. Por favor verifique si los métodos anticonceptivos están guardados o almacenados en el mismo lugar que otros medicamentos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

Anote la existencia, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

161. Observado (si/no) Total observados

Kit para inserción de DIU ☐

Anote la existencia de los siguientes equipos:

162. Observado (si/no)

Condón masculino ☐Condón femenino ☐Pastillas combinadas ☐Pastillas con solamente progestina ☐Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes) ☐Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon) ☐Píldoras anticonceptivas de emergencia ☐Espermicidas ☐Diafragma ☐Dispositivo intrauterino ☐Otras (especifique): ☐

163. Observado (si/no)

Condón masculino ☐Condón femenino ☐Pastillas combinadas ☐Pastillas con solamente progestina ☐Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes) ☐Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon) ☐Píldoras anticonceptivas de emergencia ☐Dispositivo intrauterino ☐Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant) ☐Espermicidas ☐Diafragma ☐Otras (especifique): ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

164. Pastillas con solamente progestina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

165. Pastillas combinadas

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

166. Inyectables con solamente progestina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

167. Inyectables combinados

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

168. Condón masculino

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

169. Pastillas con solamente progestina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

170. Pastillas combinadas

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

171. Inyectables con solamente progestina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

172. Inyectables combinados

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

173. Condón masculino

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

174. Por favor verifique cuándo fue la última vez que esta unidad médica recibió anticonceptivos, independientemente de que haya sido solicitado por la unidad médica o que hayan llegado como parte de un sistema rutinario de abasto

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Dentro de las 4 semanas anteriores
- ☐ Entre 4 y 12 semanas
- ☐ Hace más de 12 semanas
- ☐ No existe un sistema de abasto rutinario
- ☐ No sabe

175. Si está disponible, pida ver los registros de la información acerca de las pláticas de planificación familiar otorgadas.

- ☐ Observada
- ☐ No observada
- ☐ Otra, especifique:
- ☐ Se negó a mostrar

176. Por favor pregunte sobre el registro de los servicios de planificación familiar que se ofrecen fuera de la unidad médica y verifique cuántos días en un mes se ofrecen este tipo de servicios fuera de la unidad médica.

(CONVIERTA SEMANAS Y MESES A DÍAS)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, número de días:
- ☐ No se ofrece el servicio fuera de la unidad médica
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

177. Por favor verifique la disponibilidad de materiales de enseñanza y protocolos

(ANOTE UNA OPCIÓN PARA CADA PREGUNTA)

	Observada	No observada	Se negó a mostrar
Alguna guía o protocolo para planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guía para atención de personas con datos sugerentes de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos para diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

178. Por favor pida que le muestren los siguientes tipos de folletos informativos o folletos para llevar a casa en la lengua nativa.

	Observado	No observado	Se negó a mostrar
Materiales impresos sobre higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre nutrición y alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre signos y síntomas de alarma en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre información general sobre Infecciones de Transmisión Sexual o VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área o Sala de atención para niños

179. Solicite ver la sala de atención para niños y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios

☐ Rechazó mostrar

Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:

180.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

181.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

182.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Negatoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

183.	Observado (si/no)
Termómetro oral	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo	<input type="checkbox"/>

184.	Observado (si/no)
Termómetro oral	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo	<input type="checkbox"/>

185.	Observado (si/no)
Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo	<input type="checkbox"/>

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

186.	Observado (si/no)
Termómetro axilar	<input type="checkbox"/>

187.	Observado (si/no)
Termómetro axilar	<input type="checkbox"/>

188. Por favor revise que los siguientes materiales estén colocados en la pared o en algún lugar visible

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Materiales impresos sobre signos y síntomas de riesgo en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

189. Si está disponible, pida ver los registros donde es anotada la información del servicio de atención a niños

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Área o cuarto de vacunación

190. Solicite ver la sala o área de vacunación y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

191. Pida ver el equipo de inyecciones usado durante las sesiones de vacunación de rutina en esta instalación. Observe también el tipo.
(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES)

- ☐ Observado, desechable
- ☐ Observado, esterilizable

- ☐
- ☐ Observado, autoinutilizable
- ☐ Informado, no visto
- ☐ Observados, otros
- ☐ Se negó a mostrar

192. Verifique la existencia de elementos necesarios para servicios de vacunación

(SELECCIONE UNO EN CADA UNO)	Observado	No se observó	Otro	Se negó a mostrar
Esquema nacional de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hojas de resumen o registros permanentes para registros de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

193. Pida que le enseñen los registros de información del servicio de vacunación para niños

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Cadena de frío

194. Por favor verifique si esta unidad médica almacena vacunas, o las vacunas son recogidas de otra unidad médica o son entregadas a la unidad cuando van a ser aplicadas. (Recuerde que guardar vacunas por solo 1-2 días antes de su uso, no es almacenamiento de vacunas)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, se almacenan vacunas en la unidad médica
- ☐ Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.
- ☐ No se almacenan vacunas
- ☐ No responde

Pida que le enseñen donde se guardan las vacunas y verifique el equipo utilizado para almacenar vacunas

195.	Cantidad	Funcionando
	0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar	0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar
Refrigerador eléctrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de querosén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador solar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termo frío (Pingüino)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verifique los termómetros e indique

196.	Cantidad	Funcionando
	0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar	0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar
Termómetros digitales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termómetros de alcohol	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Para cada refrigerador, respuesta a las siguientes preguntas

197. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

198. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

199. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

200. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

201. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

202. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

203. Pida para ver las cajas de transporte de vacunas disponibles

- ☐ Observadas, cantidad de cajas vistas:
- ☐ Informadas
- ☐ No vistas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

204. Pida ver los paquetes de hielo o gel frío usados en las cajas de transporte de vacunas (juego = cuatro o cinco por caja).

- ☐ Observados, un juego
- ☐ Observados, dos o más juegos
- ☐ No vista
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Suministro de vacunas

205. Por favor pida que le enseñen donde se registra el suministro (recepción) de vacunas

- ☐ Registro observado
- ☐ No observado
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar
- ☐ No se proporcionan servicios de vacunación

Revise el kardex o registro de información sobre el abasto de vacunas y registre la siguiente información

206. Observado (si/no)

- Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb) ☐
- Polio ☐
- SRP (sarampión, rubeola y parotiditis) ☐
- Influenza ☐
- Rotavirus ☐
- Conjugado neumocócico ☐
- BCG para prematuros ☐

207. Observado (si/no)

- DPT (sola y no como parte de la vacuna pentavalente) ☐
- Hepb (sola y no como parte de la vacuna pentavalente) ☐
- Hepatitis B (sola y no como parte de la vacuna pentavalente) ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

208. BCG SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

209. Por favor verifique cuándo fue la última vez que la unidad médica recibió suministro de vacunas, independientemente de que hayan sido solicitadas por la unidad médica o que hayan llegado como parte de un sistema rutinario de abasto (SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Dentro de las 4 semanas anteriores
- ☐ Entre 4 y 12 semanas
- ☐ Más de 12 semanas
- ☐ No existe un sistema rutinario de abasto
- ☐ No sabe

Área de diagnostico por imagen

210. Por favor anote la disponibilidad y número del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)	Observado, número:	No observado	Se niega a mostrar
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rayos X	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

211.

Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)	Sí, funciona	No funciona	No sabe
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rayos X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo de ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área de disposición de desechos biológicos peligrosos

212. Por favor pida que le enseñen cómo y dónde se desechan los residuos biológicos peligrosos (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar

213. Pida que le enseñen el registro de información sobre la disposición de residuos biológicos peligrosos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar

214. Pida ver los autoclaves.

- ☐ Observado, número:
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar

Farmacia

Registre si se observaron los siguientes insumos

215. Observado (si/no)

- Multivitamínico ☐
 Vacuna antitetánica ☐

216. Observado (si/no)

- Hierro ☐
 Acido fólico ☐

Registre si se observaron los siguientes insumos

217. Observado (si/no)

- Multivitamínico ☐
 Vacuna antitetánica ☐
 Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos ☐
 Láminas porta objetos ☐
 Nitrofurantoina ☐
 Eritromicina ☐

218. Observado (si/no)

- Hierro ☐
 Acido fólico ☐

219. Observado (si/no)

- Ampicilina ☐

220. Observado (si/no)

- Penicilina benzatinica ☐

Registre si se observaron los siguientes insumos

221. Observado (si/no)

- Multivitamínico ☐
 Vacuna antitetánica ☐
 Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos ☐
 Láminas porta objetos ☐
 Nitrofurantoina ☐
 Cefalexina ☐

222.

Observado (si/no)

Hierro ☐

Acido fólico ☐

Registre si se observaron los siguientes insumos

223.	Observado (si/no)
Multivitamínico	<input type="checkbox"/>
Vacuna antitetánica	<input type="checkbox"/>
Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos	<input type="checkbox"/>
Láminas porta objetos	<input type="checkbox"/>
Nitrofurantoina	<input type="checkbox"/>
Cefalexina	<input type="checkbox"/>

224. Observado (si/no)

Hierro ☐

Acido fólico ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

225.	Vacuna antitetánica
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

226.	Multivitamínico
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

227.	Acido folico
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

228.	Hierro
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

229.	Vacuna antitetánica
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

230.	Multivitamínico
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

231.	Nitrofurantoina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

232.	Eritromicina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

233.	Acido fólico
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

234.	Hierro
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

235.	Ampicilina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

236. Penicilina benzatínica

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

237. Vacuna antitetánica

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

238. Multivitamínico

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

239. Cefalexina 500 mg

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

240. Hierro

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

241. Acido fólico

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

242. Vacuna antitetánica

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

243. Multivitamínico

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

244. Cefalexina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

245. Hierro

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

246. Acido fólico

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

247. Observado (si/no)

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐

Sulfato ferroso en gotas ☐

Sulfato de Zinc ☐

Albendazol ☐

248. Observado (si/no)

Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐

249. Observado (si/no)

Gluconato de zinc ☐

250. Observado (si/no)

Mebendazol ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

251. Observado (si/no)

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐Sulfato ferroso en gotas ☐Sulfato de Zinc ☐Albendazol ☐

252. Observado (si/no)

Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐

253. Observado (si/no)

Gluconato de Zinc ☐

254. Observado (si/no)

Mebendazol ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

255. Observado (si/no)

Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical ☐Maleato de Ergonovina 0.2 mg ☐Lodopovidona ☐Jeringa c/ Aguja Montada (Jeringa insulina) ☐Lidocaína s ☐Metilbromuro ☐Oxitocina 5 U.I. / 10 U.I. ☐Ringer lactato ☐Gotas de cloramfenicol oftálmicas ☐Vitamina K 1mg ☐

256. Observado (si/no)

Ampolleta de Ergometrina 0.2 mg ☐

257. Observado (si/no)

Epinefrina 2% ☐

258. Observado (si/no)

Butilioscina ☐

259. Observado (si/no)

Solution Hartman ☐

260. Observado (si/no)

Solucion salina ☐

261. Observado (si/no)

Nitrato de plata al 1% ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

262. Observado (si/no)

Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical ☐Maleato de Ergonovina 0.2 mg ☐Lodopovidona ☐Jeringa c/ Aguja Montada (Jeringa insulina) ☐Lidocaína s ☐Metilbromuro (or Butilioscina) ☐Oxitocina 5 U.I. ☐Ringer lactato ☐Gotas de cloramfenicol oftálmicas ☐Vitamina K 1mg ☐

263. Observado (si/no)

Ergonovine ampulla 0.2 mg ☐

264. Observado (si/no)

Epinefrina 2% ☐

265. Observado (si/no)

Butilioscina ☐

266.

	Observado (si/no)
Solución Hartman	<input type="checkbox"/>

267.	Observado (si/no)
Solucion salina	<input type="checkbox"/>

268.	Observado (si/no)
Nitrato de plata al 1%	<input type="checkbox"/>

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

269.	Sales de rehidratación oral (sobres/ paqueteros)
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

270.	Albendazol
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

271.	Sulfato de Zinc
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

272.	Mebendazol
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

273.	Gluconato de Zinc
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

274.	Sulfato de Zinc
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

275.	Albendazol
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

276.	Sales de rehidratación oral (sobres/ paqueteros)
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

277.	Gluconato de Zinc
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

278.	Mebendazol
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

279.	Oxitocina 5 I.U.
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

280.	Vitamina K 1mg
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

281.	Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

282. Oxitocina 5 I.U. / 10 I.U.

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

283. Vitamina K 1mg

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

284. Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

285. Observado (si/no)

Ampolleta de Dexametazon ☐
 Penicilina cristalina ☐
 Gentamicina 80 mg amp ☐
 Sulfato de Magnesio al 10% o 50 ☐
 Ampolleta de Hidralazina de 20 mg ☐

286. Observado (si/no)

Betametasone ☐

287. Observado (si/no)

Ampicilina 1 gr. IV ☐

288. Observado (si/no)

Amoxicilina ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

289. Observado (si/no)

Ampolleta de Dexametazon ☐
 Sulfato de Amikacina sulfato 100mg IM-IV ☐
 IV ampicilina ☐
 Ceftriaxona 1gr IV ☐
 Cloranfenicol 1 gr. IV ☐
 Sulfato de Magnesio al 10% o 50 ☐
 Hidralazina 50 mg ☐
 Nifedipina 10mg ☐
 Furosamida ☐
 Diazepam 10mg IM-IV ☐
 Sevofluran 100% Fco 250ml ☐
 Cloruro de Succinilcolina (Suxametonio) ☐

290. Observado (si/no)

Betamethasone ☐

291. Observado (si/no)

Penicilina cristalina ☐

292. Observado (si/no)

Amoxicilina ☐

293. Observado (si/no)

Metronidazol 500mg IV ☐

294. Observado (si/no)

Hidralazina clorhidrato 20 mg IM-IV ☐

295. Observado (si/no)

Clorihidrato de Midazolam 5mg/ 5ml ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de esto insumos en los últimos 3 meses

296. Gentamicina 80 mg amp

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

297. Sulfato de Magnesio
 Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

298. Ampolleta de Dexametazon
 Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

299. Betametasona
 Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

300. Ceftriaxona 1gr IV
 Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

301. Sulfato de Magnesio
 Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

302. Diazepam 10mg IM-IV
 Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

303. Clorhidrato de Midazolam 5mg/ 5ml
 Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
 Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

304. Observado (si/no)
 Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐
 Sulfato ferroso en gotas ☐
 Sulfato de Zinc ☐
 Albendazol ☐
 Nifedipina (tableta o ampolla) ☐

305. Observado (si/no)
 Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐

306. Observado (si/no)
 Mebendazol ☐

307. Observado (si/no)
 Gluconato de Zinc ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

308. Observado (si/no)
 Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐
 Sulfato ferroso en gotas ☐
 Sulfato de Zinc ☐
 Albendazol ☐

309. Observado (si/no)
 Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐

310. Observado (si/no)
 Gluconato de zinc ☐

311. Observado (si/no)
 Mebendazol ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

312. Nifedipina (tableta o ampolla)

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

313. Sulfato ferroso en gotas

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

314. Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes)

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

315. Sulfato de Zinc

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

316. Albendazol

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

317. Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes)

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

318. Gluconato de Zinc

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

319. Mebendazol

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Servicios de laboratorio

320. Solicite ver el área en la que se llevan a cabo las tomas de muestra para los análisis de laboratorio e indique las características del área:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Area privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Area no privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Privacidad visual solamente
- ☐ Area no privada
- ☐ Otra
- ☐ No hay ese servicio
- ☐ Rechazó mostrarlo

Indique la disponibilidad, condición y número de los siguientes equipos e insumos

321. Observado (si/no)

- Kit para prueba rápida de sífilis ☐
- Kit para prueba rápida de VIH/SIDA ☐
- Tirillas para detección de proteína en orina ☐
- Tirillas para detección de glucosa en orina ☐
- Hemocue ☐
- Microcubetas ☐
- Kit para prueba de embarazo ☐

322. Observado (si/no)

- Kit para prueba rápida de sífilis ☐
- Kit para prueba rápida de VIH/SIDA ☐
- Tirillas para detección de proteína en orina ☐
- Tirillas para detección de glucosa en orina ☐
- Hemocue ☐
- Microcubetas ☐
- Kit para prueba de embarazo ☐

323. Observado (si/no)

- Microscopio de campo oscuro ☐

- Equipo para inmunoensayo de enzimas ☐
- Microscopio de fluorescencia ☐
- Equipo de análisis de orina ☐
- Glucómetro ☐
- Contador de células automático ☐

324. Indique la disponibilidad de los siguientes equipos e insumos

	Observado	No observado
Microscopio de campo oscuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Microscopio de fluorescencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo para análisis de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glucómetro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contador de células automático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo para inmunoensayo de enzimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

325. Indique la disponibilidad de los siguientes reactivos

	Observado	No observado
Ferricianuro de potasio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido sulfosalicílico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido pícrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cyanmethemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos para grupo sanguíneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos factor Rh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

326. Kit para prueba rápida de VIH/SIDA

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

327. Kit para prueba rápida de VIH/SIDA

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

328. Anticoagulantes

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

329. Anticuerpos factor Rh

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Características generales de la unidad de salud

330. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarla

331. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

- ☐ Sí, funciona
- ☐ No funciona
- ☐ No sabe

332. ¿Tiene combustible la planta de electricidad de emergencia?

- ☐ Sí
- ☐ No

☐ No sabe

333. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

334. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha llegado al final de la encuesta.

Por favor haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. Usted no podrá revisar ninguno de los ingresos luego de hacer clic en el botón "enviar".

Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat