



0%



BID

Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

ID:

Revisión del registro médico

Por favor tenga presente que todas las preguntas en esta sección se refieren a las mediciones y procedimientos realizados a la madre, salvo que se especifique de otra forma

1. Identificación del unidad médica:

- ☐ 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 CHILOLJA / 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
- ☐ CHILOLJÁ / 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 unidad médica:

3. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

4. Identificación 1 del entrevistador

5. Identificación 2 del entrevistador

6. Tipo de unidad médica

- ☐ 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)

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Complicaciones maternas

7. ¿Tuvo la mujer alguna de las siguientes complicaciones?

- ☐ Sepsis
☐ Hemorragia
☐ Pre-eclampsia severa
☐ Eclampsia
☐ Ninguna

8. Edad:

-1 = no registrada

9. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta
☐ Analfabeta
☐ No registrado

10. Educación

- ☐ Ninguna
☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Preparatoria
☐ Universidad
☐ No registrado

11. Estado civil

- ☐ Casada(o)
☐ Unión libre
☐ Soltera(o)
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con sepsis.

12. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con sepsis:

Fecha de admisión

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

13. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con sepsis

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

14. Anote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Sepsis
☐ Asfixia
☐ Bajo peso al nacer
☐ Prematurez
☐ Otra
☐ Sin complicaciones

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

15.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro ☐

(especificar)

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

16.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ⁹ /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

17.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

19. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

20. Razón por la que fue referida:

- ☐ Alta temperatura
☐ Alta cuenta leucocitaria
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Otro
☐ No registrado

21. Fecha de egreso/referencia

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

22. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

23. Fecha de defunción

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

24. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

25.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

26. Anote la razón de la sepsis (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados
- ☐ Perforación uterina
- ☐ Corioamnionitis
- ☐ Abscesos
- ☐ Embarazos ectopicos infectados
- ☐ Pelvipertonitis
- ☐ Desgarro de canal vaginal
- ☐ Episiotomía infectada
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

27. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ AMEU
- ☐ Revisión de cavidad uterina
- ☐ Parto normal
- ☐ Cesárea
- ☐ Histerectomía
- ☐ Laparotomía
- ☐ Reparación quirúrgica
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

28.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro medicamento

(especificar)



mg/kg

29. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

30. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

31. Razón por la que fue referida:

- ☐ Alta temperatura
☐ Alta cuenta leucocitaria
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Otro
☐ No registrado

32. Fecha de egreso/referencia

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

33. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

34. Fecha de defunción

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

35. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con hemorragia.

36. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con hemorragia:

Fecha de admisión

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

37. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con hemorragia:

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

38. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
☐ No registrado

39. Anote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Sepsis
☐ Asfixia
☐ Bajo peso al nacer
☐ Prematurez
☐ Otra
☐ Sin complicaciones

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

40.

Registrado
(si/no)

Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Pulso

 por
minuto

Presión arterial sistólica


mmHg

Presión arterial diastólica


mmHg

Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	°C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

41.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato Ringer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

42. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

43. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

44. Razón por la que fue referida:

- ☐ Baja presión arterial
☐ Baja hemoglobina
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Otro
☐ No registrado

45. Fecha de egreso/referencia

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

46. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

47. Fecha de defunción

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

48. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

49.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg		

Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	°C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

50.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Tiempo de protrombina (TP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> segundo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> segundo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> ×10 ⁹ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematocrito	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

51. Anote la razón de la hemorragia (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto complicado
☐ Retención de placenta o restos corioplacentarios
☐ Placenta previa
☐ Desprendimiento prematuro de placenta
☐ Ruptura uterina
☐ Atonía uterina
☐ Embarazo ectópico
☐ Desgarros cervicales
☐ Desgarros de canal vaginal
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

52. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ AMEU
☐ Legrado / revisión de cavidad uterina
☐ Cesárea
☐ Histerectomía
☐ Laparotomía
☐ Reparación o sutura
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

53.	Adminstrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

54. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

55. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital

- ☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

56. Razón por la que fue referida:

- ☐ Baja presión arterial
☐ Baja hemoglobina
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Otro
☐ No registrado

57. Fecha de egreso/referencia

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

58. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

59. Fecha de defunción

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

60. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con pre-eclampsia

61. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con pre-eclampsia:

Fecha de admisión

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

62. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con pre-eclampsia:

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

63. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
☐ No registrado

64. Añote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Sepsis
☐ Asfixia
☐ Bajo peso al nacer
☐ Prematurez
☐ Otra
☐ Sin complicaciones

Añote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

65.	Registrado (sí/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (espec	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(especificar)

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

66.	Registrado (si/no)	Negativo	Numero de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

67.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

68. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

69. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

70. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Convulsiones
☐ Otro
☐ No registrado

71. Fecha de egreso/referencia

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

72. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

73. Fecha de defunción

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

74. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

75.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
-----	-----------------------	-------	--------------------	--------------

Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto			
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg			
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mmHg			
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto			
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	°C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

76.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

77.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 ⁹ /L		
Aspartate-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		U/liter		
Alanin-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		U/liter		
Lactate dehydrogenase	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		U/liter		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

78.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				g/día		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

79.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		gr		
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Dexametasone	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg		
Otro antihipertensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar)	<input type="checkbox"/>	mg		

Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

80. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

81. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

82. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

83. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Convulsiones
☐ Otro
☐ No registrado

84. Fecha de egreso/referencia

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

85. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

86. Fecha de defunción

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

87. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.

88. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia:

Fecha de admisión

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

89. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia:

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

90. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
☐ No registrado

91. Anote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Sepsis
☐ Asfixia
☐ Bajo peso al nacer
☐ Prematurez
☐ Otra
☐ Sin complicaciones

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

92.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

93.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

94.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

95. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

96. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

97. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Convulsiones
☐ Otro
☐ No registrado

98. Fecha de egreso/referencia

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

99. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

100. Fecha de defunción

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

101. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

102.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

103.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

104.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x <input type="text"/> 10 ⁹ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartate-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanin-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactate dehydrogenase	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

105.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (espec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(especificar)

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

106.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

107. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

108. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

109. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

110. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Lochia
☐ Convulsiones
☐ Otro
☐ No registrado

111. Fecha de egreso/referencia

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

112. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

113. Fecha de defunción

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

114. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

115. 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