



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

##### 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
- ☐ 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)

**Manejo de diarrea**

7. Identifique en los registros de niños con diarrea en los últimos 2 años.

Fecha de ingreso

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

8. Identifique en los registros de niños con diarrea en los últimos 2 años.

Hora de ingreso

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

9. Sexo del bebé

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No registrado

Anote si se registraron los siguientes síntomas

10.	Registrado (si/no)	Resultado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Condición general	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sed	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pliegues cutáneos	<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"/>
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"/>

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

11.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relleno capilar	<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"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. Anote el diagnóstico

- ☐ Diarrea aguda sin deshidratación
- ☐ Diarrea aguda con deshidratación
- ☐ Diarrea aguda con deshidratación severa
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

13. Anote el tratamiento que se prescribió

- ☐ Se dio sales de rehidratación oral
- ☐ Terapia de rehidratación intravenosa
- ☐ Otra
- ☐ No registrado

Anote si se recetó algo para consumir en casa

14.	Recetado (si/no)
Sales de rehidratación oral	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

15. Fecha de egreso

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

16. Hora de egreso

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

☐ No aplica

---

17. 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