



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 recién nacido, salvo que se especifique de otra forma

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

2. Identificación 1 del entrevistador

3. Identificación 2 del entrevistador

4. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ EBAIS desconcentrado
- ☐ EBAIS concentrado
- ☐ Hospital periférico
- ☐ Hospital regional
- ☐ Centro de Atención Integral de Salud

5. Nombre de región:

- ☐ Huetar Atlántica
- ☐ Brunca
- ☐ Matina
- ☐ Siquirres
- ☐ Talamanca
- ☐ Valle La Estrella
- ☐ Buenos Aires
- ☐ Corredores
- ☐ Coto Brus
- ☐ Golfito
- ☐ Osa

6. Nombre de Área de Salud:

- ☐ Cariari
- ☐ Guácimo
- ☐ Matina
- ☐ Siquirres
- ☐ Talamanca
- ☐ Valle La Estrella
- ☐ Buenos Aires
- ☐ Corredores
- ☐ Coto Brus
- ☐ Golfito
- ☐ Osa

7. Identificación del centro:

- ☐ Caribe

- ☐ Nazareth
- ☐ Barra Colorado
- ☐ Barra del Tortuguero
- ☐ Llano Bonito
- ☐ La Esperanza
- ☐ Jardín
- ☐ Los Ángeles
- ☐ Palmitas
- ☐ Palermo
- ☐ Sede Cariari // Cariari 2
- ☐ Nájera
- ☐ Porvenir
- ☐ Campo 5
- ☐ Astúa Pirie
- ☐ Sede Tibacán // Tibacán 1
- ☐ Sede Tibacán // Tibacán 2
- ☐ Sede Pocora // Pocora Norte
- ☐ Sede Pocora // Pocora Sur
- ☐ San Luis
- ☐ Sede Río Jiménez // Río Jiménez Sur
- ☐ Sede Río Jiménez // Río Jiménez Norte
- ☐ Santa Rosa
- ☐ Villafranca
- ☐ Iroquois
- ☐ Matina
- ☐ Sede Venecia // Zent
- ☐ Sede Venecia // Cuba Creek
- ☐ Luzón
- ☐ 28 Millas
- ☐ Baltimore
- ☐ Estrada
- ☐ Central
- ☐ Betania
- ☐ Imperio
- ☐ Cimarrones
- ☐ Parismina
- ☐ El Carmen
- ☐ Alegría
- ☐ Islona-Los Angeles
- ☐ INVU
- ☐ La Perla
- ☐ Sede La Perla // Monteverde
- ☐ El Peje
- ☐ SIQUIRRES / San Martín
- ☐ San Rafael
- ☐ San Alberto
- ☐ El Cruce
- ☐ SIQUIRRES / Santa Marta
- ☐ Sede Cairo // El Cairo 1
- ☐ Sede Cairo // El Cairo 2
- ☐ Margarita
- ☐ Katsi
- ☐ Cahuita
- ☐ Sepecue
- ☐ Amubri
- ☐ Bambú
- ☐ Sixaola
- ☐ Sede Sixaola // Daytonia
- ☐ Bribri
- ☐ Suretka
- ☐ Sede Suretka // Alto Telire
- ☐ Sede China Kichá // China Kichá
- ☐ Sede China Kichá // Gavilan Canta
- ☐ Valle Las Rosas
- ☐ Penshurt
- ☐ Gavilan
- ☐ Las Brisas
- ☐ Potrero Grande
- ☐ Boruca
- ☐ Buenos Aires // Sede Colorado

- ☐   
☐ Centro  
☐ La Piñera  
☐ Sede Buenos Aires // Santa Marta  
☐ Volcán  
☐ Paso Canoas  
☐ Sede Paso Canoas // Colorado  
☐ Laurel  
☐ Hospital de Ciudad Neilly  
☐ Bella Luz  
☐ La Cuesta  
☐ Corredor Sur  
☐ Corredor Norte  
☐ Corredor Centro  
☐ Las Fincas  
☐ Territorio Indígena  
☐ Sabanillas  
☐ La Lucha  
☐ Hospital San Vito  
☐ Hospital San Vito // San Vito Centro 1  
☐ Hospital San Vito // San Vito Periferia 1  
☐ Hospital San Vito // San Vito Periferia 2  
☐ Fila Guinea  
☐ Gutiérrez Brown  
☐ Agua Buena Norte  
☐ Agua Buena Sur  
☐ Santa Elena  
☐ Sede Sabalito // Sabalito Oriente  
☐ Sede Sabalito // Sabalito Occidente  
☐ La Frontera  
☐ Río Claro  
☐ Villa Briceño  
☐ Puerto Jiménez  
☐ Palma Puerto Jiménez  
☐ Conte  
☐ GOLFITO / San Martín  
☐ Tinoco  
☐ Drake  
☐ Uvita  
☐ Sierpe  
☐ Piedras Blancas  
☐ Ojo de Agua  
☐ Coronado  
☐ Ciudad Cortés  
☐ Palmar Norte  
☐ Hospital Golfito  
☐ Hospital Tomas de las Casas  
☐ Hospital Escalante Pradilla  
☐ Hospital Guapiles  
☐ Hospital Tonifacio  
☐ SIQUIRRES // Centro de Atención Integral de Salud  
☐ ÁREA DE SALUD: Coto Brus // Coto Brus 1 (Movil Medica)  
☐ ÁREA DE SALUD: Coto Brus // Coto Brus 2 (Movil Medica)  
☐ ÁREA DE SALUD: Valle La Estrella// Fortuna 2  
☐ ÁREA DE SALUD: Golfito // San Andres  
☐ ÁREA DE SALUD: Cariari // Cariari 1  
☐ ÁREA DE SALUD: Guácimo // Guácimo  
☐ ÁREA DE SALUD: Matina // Bataan 1  
☐ ÁREA DE SALUD: Talamanca // Home Creek  
☐ ÁREA DE SALUD: Valle La Estrella// Fortuna 1  
☐ ÁREA DE SALUD: Buenos Aires// Santa Cruz  
☐ ÁREA DE SALUD: Golfito // Alameda  
☐ ÁREA DE SALUD: Guácimo // Parismina  
☐ ÁREA DE SALUD: Guácimo // El Bosque  
☐ ÁREA DE SALUD: Guácimo // Guayacan  
☐ ÁREA DE SALUD: Matina // Bataan 2  
☐ ÁREA DE SALUD: Osa // Palmar Sur  
☐ Otro

---

8. Identificación del unidad médica:

**Complicaciones neonatales**

9. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Fecha de nacimiento

- ☐ Sí  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

10. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de nacimiento

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de nacimiento fue . Por favor revisa expedientes con fechas de nacimiento 01/07/2013 - 30/06/2015

11. Indique si el bebé tuvo alguna de las siguientes complicaciones

- ☐ Sepsis
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Asfixia al nacimiento
- ☐ Prematurez
- ☐ No

12. Edad del niño

- ☐ Edad en minutos:
- ☐ Edad en horas:
- ☐ Edad en días:
- ☐ Edad en meses:
- ☐ Edad en años:
- ☐ No registrado

13. Edad de la madre

- ☐ Edad:
- ☐ No registrado

14. Alfabetismo de la madre

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

15. Etnia:

- ☐ Mestiza
- ☐ Indígena
- ☐ Negra
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

16. Educación de la madre

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

17. Estado civil de la madre:

- ☐ Casada
- ☐ Unión estable
- ☐ Soltera
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Acompañada
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

18. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

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

19. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

20. Edad gestacional

- ☐ Edad:  semanas
- ☐ No registrado

21. Sexo del bebe

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No registrado

22. Anote si la madre tuvo alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Pre eclampsia
- ☐ Eclampsia
- ☐ Sepsis
- ☐ Hemorragia
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones

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

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

23.	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"/>
Frecuencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<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"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

24.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frio distal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<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, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

25.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morfología de neutrófilos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Biometría hemática (leucocitos, hemoglobina y hematocrito)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C-reactiva (PCR)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora en que se hizo por primera vez

26.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LCR	<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 (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"/>

27. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

28. ¿Fue revisado el bebé por un médico al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

29. ¿Fue revisado el bebé por una pediatra al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

30. Anote si el bebé tenía alguna de las siguientes complicaciones

	No	Si
Falla hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Fecha de evaluación por un médico

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

33. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

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

35. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ☐ Si  
☐ No

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

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

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

37.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

38.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 <sup>9</sup> litro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Velocidad de sedimentación globular	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Biometría hemática (leucocitos, hemoglobina y hematócrito)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación banda neutrófilos	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora en que se hizo por primera vez

39.	Registrado (si/no)	Negativo de +	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

40. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

41. ¿Fue revisado el bebé por un médico al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No  
☐ No registrado

42. ¿Fue revisado el bebé por una especialista alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

43. ¿Fue revisado el bebé por una especialista al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No  
☐ No registrado

44. Fecha de evaluación por un médico

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

45. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

46.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gentamicina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/kg		
Amikacina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/kg		
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		mg/kg		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		mg/kg		

47. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ☐ Si  
☐ No

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con bajo peso al nacer.

48. Anote el método usado para determinar la edad gestacional (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ FUM  
☐ ECO  
☐ Test de Ballard  
☐ Perímetro cefálico  
☐ Capurro  
☐ Otro  
☐ No registrado

49. Anote si se nota el clasificación del peso

- ☐ Si  
☐ No

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

50.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Frecuencia cardíaca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman-Anderson	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

51.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Evaluación de la piel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anotación de Apgar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

52.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

53.	Registrado	Negativo	Número	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



	(si/no)	de +			
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

54. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

55. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

56. Anote si el bebé tenía alguna de las siguientes complicaciones

- ☐ Hipoglicemia  
☐ Hiperglicemia  
☐ Hay complicaciones respiratorias (neumonía)  
☐ Hay complicaciones digestivas (diarrea)  
☐ Hay complicaciones neurológicas (convulsiones, letárgico, no mama)  
☐ Hay complicaciones metabólicas  
☐ Otro   
☐ No registrado

57. Fecha de evaluación por un médico

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

58. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

59. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno  
☐ Casco de oxígeno  
☐ CAAP oxígeno / Las puntas  
☐ Ventilación mecánica  
☐ Estancia en incubadora  
☐ VPP  
☐ Otro   
☐ No registrado

60. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Lactancia materna precoz  
☐ Alimentación temprana  
☐ Líquidos glucosados (oral o IV)  
☐ Fórmula infantil  
☐ Otro  
☐ No registrado

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

61. Anote si se nota el clasificación del peso

- ☐ Si  
☐ No

62. Anote si el bebé tenía alguna de las siguientes complicaciones

	No	Sí
Neumonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipoglicemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

66.

Registrado  
(si/no)

Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Pulso

☐

minuto

por

Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto			
Frecuencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	°C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman-Anderson	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

67.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Evaluación de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

68.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

69.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg/dL	<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"/>

70. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

71. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

72. ¿Fue revisado el bebé por una especialista alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

73. ¿Fue revisado el bebé por una especialista al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

74. Fecha de evaluación por un médico

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

75. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

76. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno  
☐ Casco de oxígeno  
☐ CAAP oxígeno / Las puntas  
☐ Ventilación mecánica  
☐ Mantenimiento en incubadora  
☐ VPP

- ☐ Otro
- ☐ No registrado

77. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Lactancia materna precoz
- ☐ Alimentación temprana
- ☐ Líquidos glucosados (oral o IV)
- ☐ Fórmula infantil
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

78. Anote si las complicaciones se manejan con los siguientes métodos

Antibióticos	<input type="checkbox"/>
Líquidos (lactancia materna o sales de rehidratación oral) por vía oral o endovenosa	<input type="checkbox"/>
Anticonvulsivos	<input type="checkbox"/>
Glucosa IV	<input type="checkbox"/>

Anote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.

82. Anote el método usado para determinar la edad gestacional (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ FUM
- ☐ ECO
- ☐ Test de Ballard
- ☐ Capurro
- ☐ Perímetro cefálico
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

83. Anote la clasificación del recién nacido de acuerdo a la edad gestacional

- ☐ Pequeño
- ☐ Grande
- ☐ Adecuado para EG
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

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

84.	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"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman-Anderson	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

85.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Evaluación de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anotación de APGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otra (especificar)  ☐ ☐

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

86.	Registrado (sí/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<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"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

87.	Registrado (sí/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia (tira reactiva o examen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg/dL	<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 (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

88. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

89. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

90. Fecha de evaluación por un médico

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

91. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

92. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno  
☐ Casco de oxígeno  
☐ CAAP oxígeno / Las puntas  
☐ Ventilación mecánica  
☐ Estancia en incubadora  
☐ Calor (mantas tibias, frazadas, colchas o sábanas o calor radiante o incubadora o mamá canguro)  
☐ Otro   
☐ No registrado

93. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Lactancia materna  
☐ Alimentación IV  
☐ Aporte de glucosa (suero glucosado oral o suero glucosado IV)  
☐ Otro  
☐ No registrado

94. Anote si el bebé fue alimentado con líquidos IV (suero glucosado o Hartman/Ringer o solución salina)

- ☐ Si  
☐ No

95. Anote el método usado para determinar la edad gestacional (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ FUM  
☐ ECO

- ☐ Test de Ballard  
☐ Capurro  
☐ Perímetro cefálico  
☐ Otro  
☐ No registrado

96. Anote el clasificación del recién nacido de acuerdo a edad gestacional

- ☐ Pequeño  
☐ Grande  
☐ Adecuado para EG  
☐ Otro  
☐ No registrado

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

97.	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"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman-Anderson	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

98.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Evaluación de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anotación de APGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

99.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

100.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia (tira reactiva o examen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

101. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

102. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

103. ¿Fue revisado el bebé por una especialista alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

104. ¿Fue revisado el bebé por una especialista al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

105. Fecha de evaluación por un médico

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

106. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

107. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno  
☐ Casco de oxígeno  
☐ CAAP oxígeno / Las puntas  
☐ Ventilación mecánica  
☐ Mantenimiento en incubadora  
☐ Calor (mantas tibias, frazadas , colchas o sábanas o calor radiante o incubadora o mamá canguro)  
☐ Otro   
☐ No registrado

108. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Lactancia materna  
☐ Alimentación intravenosa  
☐ Aporte de glucosa (suero glucosado oral o suero glucosado IV)  
☐ Otro  
☐ No registrado

109. Anote si el bebé fue alimentado con líquidos IV (suero glucosado o Hartman/Ringer o solución salina)

- ☐ Si  
☐ No

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

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

110.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="text"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="text"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="text"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a 1 minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a los 5 minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Anote si se realizaron las siguientes revisiones al bebé, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

111.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

112.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/> x $10^9/\text{litro}$	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematocrit	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/> x $10^9/\text{L}$	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

113.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

114. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

115. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

116. Fecha de evaluación por un médico

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

117. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

118. Anote si tuvo el bebé los siguientes:

- ☐ Apnea  
☐ Líquido amniótico meconial  
☐ Pre termino  
☐ Hipotónico  
☐ No respira  
☐ No llora  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

119. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Ventilación con presión positiva (Ambú)

- ☐ Ventilación mecánica  
☐ Oxígeno al 100%  
☐ Succión de secreciones  
☐ Casco de oxígeno  
☐ Mantenimiento en incubadora  
☐ Secar  
☐ Estimular  
☐ Calor aplicado (mantas, frazadas, colchas o sábanas tibias o calor radiante o incubadora o madre canguro)  
☐ Aplicación de oxígeno (mascarilla o campana cefálica o casco cefálico o bigotera o cánula o puntas nasales, cilindro de oxígeno)  
☐ Otro   
☐ No registrado

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

120.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<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"/>
Amikacina	<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"/>

121. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ☐ Si  
☐ No

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

122.	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"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman-Anderson	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a 1 minuto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a los 5 minutos	<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"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

123.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<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"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

124.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /litro	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	x 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		^9/litro			
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Velocidad de sedimentación globular	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conteo sanguíneo completo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cultivo de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

125.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

126. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

127. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

128. ¿Fue revisado el bebé por una especialista alguna vez?

- ☐ Si  
☐ No

129. ¿Fue revisado el bebé por una especialista al momento del ingreso?

- ☐ Si  
☐ No

130. Fecha de evaluación por un médico

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

131. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

132. Anote si se tomó una radiografía de tórax

- ☐ Si  
☐ No

133. Anote si tuvo el bebé los siguientes:

- ☐ Apnea  
☐ Líquido amniótico meconial  
☐ Pre termino  
☐ Hipotónico  
☐ No respira  
☐ No llora  
☐ Otro (especificar)

☐ No registrado

134. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno  
☐ Casco de oxígeno  
☐ CAAP oxígeno / Las puntas  
☐ Ventilación mecánica  
☐ Ventilación a presión positiva (Ambú)  
☐ Mantenimiento en incubadora  
☐ Secar  
☐ Calor aplicado (mantas tibias, frazadas, colchas o sábanas o calor radiante o incubadora o madre canguro)  
☐ Estimular  
☐ Aplicación de oxígeno (mascarilla o campana cefálica o casco cefálico o bigotera o cánula o puntas nasales, cilindro de oxígeno)  
☐ Otro   
☐ No registrado

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

135.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<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"/>
Amikacina	<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"/>

136. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ☐ Si  
☐ No

137. Resultado final de la estancia del neonato en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital  
☐ Egresó para su casa  
☐ Egreso a la casa de un miembro de la familia  
☐ Transferida a otra unidad médica  
☐ Transferida a CONE completo  
☐ Egresó contra las indicaciones médicas  
☐ Se fue en contra del consejo médico  
☐ Desconocido  
☐ Otra (especificar):   
☐ No registrado

138. SEPSIS

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura  
☐ Alta cuenta leucocitaria  
☐ Hipoglicemia  
☐ Hiperglicemia  
☐ No hay peditra  
☐ Falla hemodinámica  
☐ Choque  
☐ Otro   
☐ No registrado

139. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura  
☐ Alta cuenta leucocitaria  
☐ Hipoglicemia

- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Bajo peso al nacer (menos de 1500 gr)
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Downes
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Silverman
- ☐ Bajo nivel de saturación de oxígeno
- ☐ Hay complicaciones respiratorias (neumonía)
- ☐ Hay complicaciones digestivas (diarrea)
- ☐ Hay complicaciones neurológicas (convulsiones, letárgico, no mama)
- ☐ Hay otras complicaciones metabólicas
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

---

**140. PREMATUREZ**

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Hipoglicemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Downes
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Silverman
- ☐ Bajo nivel de saturación de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

---

**141. ASFIXIA AL NACIMIENTO**

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Bajo puntaje APGAR
- ☐ Hipoglicemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Alteración neurológica
- ☐ Trastorno en pruebas de función respiratoria
- ☐ Trastorno en pruebas de función hepática
- ☐ Trastorno en pruebas de gases
- ☐ Trastorno en hemograma
- ☐ Trastorno en pruebas de plaquetas
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

---

**142. Anote cómo fue transferido el bebé (seleccione todas las que apliquen)**

- ☐ Incubadora
- ☐ Administración de oxígeno
- ☐ CPAP
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

---

**143. Fecha de egreso/referencia**

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

---

**144. Hora de egreso/referencia**

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

---

**145. Fecha de defunción**

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

---

**146. Hora de defunción**

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

---

**147. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección**



Los registros de las complicaciones neonatales sólo deben revisarse en las unidades básicas y los hospitales.

Ha indicado que este recién nacido no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, bajo peso al nacer, asfixia al nacimiento, y prematuridad.

**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