



0%



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

► ID:

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

2. Identificación 1 del entrevistador

3. Identificación 2 del entrevistador

4. Primera quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿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

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 Ángeles
- ☐ 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 // Colorado
- ☐ Centro
- ☐ La Piñera
- ☐ BUENOS AIRES // Santa Marta
- ☐ Volcán
- ☐ Paso Canoas
- ☐ CORREDORES // 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 centro:

Lista de verificación de observación

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

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

- ☐ Horario para adolescentes
 - ☐ Área para consulta de adolescentes
 - ☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal
 - ☐ Sala de expulsión
 - ☐ Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)
 - ☐ Área de planificación familiar
 - ☐ Área de atención a niños
 - ☐ Área de vacunas
 - ☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
 - ☐ Área de diagnóstico por imágenes
 - ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos
 - ☐ Farmacia
 - ☐ Laboratorio
 - ☐ Condiciones generales de la unidad
 - ☐ Al final de la encuesta
-

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

- ☐ Sí
- ☐ No

Consulta programada para adolescentes

El encuestador debe observar que el horario designado para adolescentes se encuentra anunciado mediante un rotulo en el establecimiento de salud generalmente ubicado en REDES o la entrada del EBAIS

11. ¿Se observó el horario designado para adolescentes anunciado mediante un rótulo, afiche, banner, volante o cualquier material informativo en el establecimiento de salud, generalmente ubicado en REDES o la entrada del EBAIS?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

12. ¿Cual es el horario designado para adolescentes en este EBAIS? Indique la frecuencia:

- ☐ Horas designadas por cada día
- ☐ Horas designadas por cada semana
- ☐ Horas designadas por cada dos semanas
- ☐ Otro (Especifique):

13. Solicite ver la agenda (en formato electrónico o físico) del último mes con horarios específicos para atención programada de adolescentes .

¿El horario designado para adolescentes se encuentra en la agenda?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

14. Solicite ver la agenda (en formato electrónico o físico) del último mes con horarios específicos para atención programada de adolescentes.

Número de personas entre 10 y 19 años anotadas durante el horario designado para adolescentes en el último mes:

- ☐ Observado, número:
- ☐ No observado

15. Solicite ver la agenda (en formato electrónico o físico) del último mes con horarios específicos para atención programada de adolescentes.

Número total de personas anotadas durante el horario designado para adolescentes en el último mes:

- ☐ Observado, número:
- ☐ No observado

16. Ha indicado que hay 0 adolescentes encontrados entre 10 y 19 años en la agenda en el último mes. Por favor pida ver el registro diario de atención de adolescentes y verifique el numero de personas anotadas entre 10 y 19 años.

- ☐ Observado, numero:
- ☐ No observado
- ☐ Se negó a mostrar

Atención a los y las adolescentes

17. Solicite ver las áreas o consultorios en los que se da la atención a los adolescentes

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Area o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Area o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Area con privacidad visual únicamente
- ☐ Area o consultorio privado que está renovado, con privacidad visual y auditiva

- ☐ Area no privada, sin privacidad visual
☐ Otro
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

18. Indique si el consultorio es individual (con solamente un médico)

- ☐ Sí, el consultorio es individual
☐ No, el consultorio es compartido

19. Indique si se observó una puerta para el consultorio.

- ☐ Sí, observado
☐ No observado

20. Indique si el consultorio tiene ventanas.

- ☐ Sí
☐ No

21. Indique si todas las ventanas estan cubiertas sea cortina o persiana u otro material o el vidrio de otro color o textura aun cuando sean zonas de jardín o zonas de no paso afuera. Se excluyen ventanas encima del dintel de la puerta y que sirvan ventilacion o iluminación.

- ☐ Sí
☐ No

Señalización

22. Solicite ver los siguientes materiales informativos y de señalización sobre la atención a adolescentes:

	Observado	No observado
Rótulos o flechas indicando los principales sitios para atención que orienten el flujo de pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Horarios disponibles para la atención programada para adolescentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Material educativo en SSR

24. Solicite ver los siguientes materiales educativos. Deben estar en físico:

	Observado	No observado
Al menos dos Ficha Autoaplicada por la persona adolescente de registro sin utilizar: disponibles para la atención en salud de adolescentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al menos dos formularios evaluación de riesgo sin utilizar: disponibles para la atención en salud de adolescentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotafolio sobre Métodos de Protección Sexual y Anticoncepción para adolescentes: "Conocer, Decidir, Cuidarme. Para una sexualidad responsable, segura y placentera".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Juego "Exploración Misterio".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------------------------	-----------------------	-----------------------

28. Solicite ver los siguientes materiales educativos. Pueden estar en digital o físico:

	Observado	No observado
Manual de Actividades Grupales con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva para personas adolescentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manual de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva para personas adolescentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manual Abreviado. Procedimientos para la atención integral de adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva. "Actividades para la consulta de atención integral individual".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manual Abreviado. Procedimientos para la atención integral de adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva. "Mecanismos de referencia y seguimiento de adolescentes en condición de riesgo".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normativa en atención integral

32. Solicite ver los siguientes documentos en formato físico o electrónico disponibles a los integrantes de la unidad (ATAP, auxiliar y médico):

	Observado	No observado
Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente salud sexual y salud reproductiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Norma nacional aprobada oficialmente con una carta adjunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manual técnico y de procedimientos para la atención integral de las personas adolescentes con énfasis en salud sexual y salud reproductiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Atención prenatal y post-natal

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

Características de las áreas físicas:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

36.	Observado	Total observados	Total funcionando
Báscula o balanza de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cinta obstétrica del CLAP o cinta métrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lámpara de chicote o lámpara de cuello de ganso o lámpara de mano	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Baumanómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

37. Observado

Historia clínica materno perinatal ☐

Carnet o tarjeta materno perinatal ☐

38. Indique la disponibilidad de otros protocolos y materiales educativos:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Normas nacionales, lineamientos o protocolos de planificación familiar o servicios de salud reproductiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos de atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos de atención post-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre consejería en nutrición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos. Los siguientes materiales deben estar colocados en la pared o en un lugar visible:

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

44. Solicite ver los registros de mujeres en atención prenatal

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

45. Solicite ver los registros de mujeres en atención postparto

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Sala de expulsión o nacimiento

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

47.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Equipo p/ suero c/ macrogotero y microgotero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Campos estériles para recibir al recién nacido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pera de hule	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

49. Pida ver el equipo (bolso o bulto) para partos de emergencia en el establecimiento.

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

50. Evalúe las condiciones de la sala de nacimiento (expulsión):

<input type="text"/>	No	<input type="text"/>	Rechazó
----------------------	----	----------------------	---------

	Observado	observado	Otro	mostrar
Piso: limpio y trapeado, sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muebles y sillas limpias y sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo y estantería limpios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paredes razonablemente limpias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

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

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Sala de atención de emergencias

56. Solicite ver la sala emergencias

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

57.	Observado	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro / Aparato para medición de presión arterial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimacion para adulto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Laringoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Equipo para AMEU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Equipos para Anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Equipos para Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

58.	Observado	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59.	Observado	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio de pinard / fetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60.	Observado	Total observados	Total funcionando
Autoclave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Área de Planificación familiar

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

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

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

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

Anote la existencia de los siguientes equipos o métodos:

64.

	Observado
Condón masculino	<input type="checkbox"/>
Condón femenino	<input type="checkbox"/>
Pastillas combinadas	<input type="checkbox"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="checkbox"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)	<input type="checkbox"/>
Inyectables con solamente progestina (2 o 3 meses) (por ejemplo, Microgynon)	<input type="checkbox"/>
Píldoras anticonceptivas de emergencia	<input type="checkbox"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="checkbox"/>
Espermicidas	<input type="checkbox"/>
Diafragma	<input type="checkbox"/>
Otras (especifique): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

65. Observado (si/no) Total observados

Kit para inserción de DIU ☐

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

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

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

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

68. Por favor pregunte sobre el registro de los servicios de planificación familiar que se ofrecen fuera de la unidad médica y verifique cuántos días en un mes se ofrecen este tipo de servicios fuera de la unidad médica.
(CONVIERTA SEMANAS Y MESES A DÍAS)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

69. Por favor verifique la disponibilidad de materiales de enseñanza, guías, protocolos o materiales educativos

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

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

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

Área o Sala de atención para niños

79. Solicite ver la sala de atención para niños

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

80.	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula tipo Salter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños / Báscula de piso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula con estadímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

81.	Observado	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro pediátrico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Negatoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

82.	Observado
Termómetro oral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Termómetro axilar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

83.	Observado
Carnet de salud del Niño y la Niña	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Carnet Nacional de Vacunación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Observado

☐ No observado

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

Área o cuarto de vacunación

87. Solicite ver la sala o área de vacunación

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva

☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva

☐ Área con privacidad visual únicamente

☐ Área no privada

☐ Otro

☐ No se dan estos servicios

☐ Rechazó mostrar

88. Pida ver el equipo de inyecciones usado durante las sesiones de vacunación de rutina en esta instalación. Observe también el tipo.

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES)

☐ Observado, desechable

☐ Observado, esterilizable

☐ Observado, autoinutilizable

☐ Informado, no visto

☐ Observados, otros

☐ Se negó a mostrar

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

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

☐ Observado

☐ No observado

- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Cadena de frío

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

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

94.	Cantidad utilizada NO para el almacenamiento de vacunas	Funcionando
	0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar	
Refrigerador eléctrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de querosén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador solar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termo frío (Pingüino)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verifique los termómetros e indique cuantos son (**indique solamente los termómetros de vacunación**)

95.	Cantidad	Funcionando
	0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar	
Termómetros digitales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termómetros de alcohol	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termómetros de vástago	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro (especifique)

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

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

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

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

Suministro de vacunas

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

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

Revise el registro de vacunas y registre la siguiente información

99. Verifique el registro de abastecimiento de las siguientes vacunas:

	Registro observado	Registro no observado
Pentavalente (incluye DPT, Hib, HepB)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SRP (sarpion, rubeola, y parotiditis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjugado neumocócico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna antitetánica / Toxoide tetánico diftérico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verifique el abastecimiento de las siguientes vacunas para hoy:

107. Abasto observado

Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rotavirus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conjugado neumocócico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vacuna antitetánica / Toxoide tetánico diftérico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

108. Abasto observado

DPT (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HepB (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hib (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

109. BCG

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

110. SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)

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

111. Vacuna antitetánica / toxoide tetánico diftérico

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

☐ No sabe

Para refrigerador #1, respuesta a las siguientes preguntas:

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Temperatura en grados centígrados:

☐ No observado

☐ El termómetro no funciona

☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

☐ Observados

☐ No se observó

☐ Otro

☐ Se negó a mostrar

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

☐ Sí, se completó

☐ No, no se completó

☐ No se observó

☐ Otro

☐ Se negó a mostrar

116. Verifique si se completó el registro de la temperatura dos veces por día de **lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

☐ Sí, se completó

☐ No, no se completó

☐ No se observó

☐ Otro

☐ Se negó a mostrar

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

☐ Número de días:

☐ No registrado

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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

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

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

Para refrigerador #2, respuesta a las siguientes preguntas:

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

123. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó

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

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

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

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

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

Para refrigerador #3, respuesta a las siguientes preguntas:

127. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó

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

130. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

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

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

Para refrigerador #4, respuesta a las siguientes preguntas:

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

137. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

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

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

Para refrigerador #5, respuesta a las siguientes preguntas:

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

144. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

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

- ☐ Sí, protegidas

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

Para refrigerador #6, respuesta a las siguientes preguntas:

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

151. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

- ☐ Número de días:

☐ No registrado

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

☐ Especificar acción:

☐ No registrado

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

☐ Sí, protegidas

☐ No protegidas

☐ Otro

☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #7, respuesta a las siguientes preguntas:

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Temperatura en grados centígrados:

☐ No observado

☐ El termómetro no funciona

☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

☐ Observados

☐ No se observó

☐ Otro

☐ Se negó a mostrar

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

☐ Sí, se completó

☐ No, no se completó

☐ No se observó

☐ Otro

☐ Se negó a mostrar

158. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

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

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

Para refrigerador #8, respuesta a las siguientes preguntas:

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

165. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

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

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

Para refrigerador #9, respuesta a las siguientes preguntas:

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

172. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

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

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

Para refrigerador #10, respuesta a las siguientes preguntas:

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

179. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

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

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado
-

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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado
-

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

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

Área de diagnóstico por imagen

183. Solicite ver la área de diagnóstico por imágenes:

SELECCIONE UNA OPCIÓN - si no aplica seleccione "no se dan estos servicios"

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

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

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

188. Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

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

Área de disposición de desechos biológicos peligrosos

192. Por favor pida que le enseñen cómo y dónde se desechan los residuos biológicos peligrosos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar
-

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar
-

194. Pida ver los autoclaves

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

Farmacia

Registre si se observaron los siguientes insumos

195.

Observado

Multivitamínico

☐ ☐

Hierro

☐ ☐

Acido fólico

☐ ☐

Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos

☐ ☐

Láminas porta objetos

☐ ☐

Nitrofurantoina

☐ ☐

196.

Observado

Eritromicina

☐ ☐

Ampicilina

☐ ☐

Penicilina benzatinica

☐ ☐

197.

Observado

Cefalexina

☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

198.

Observado

Paquetes o sobres de Sales de Rehidratación Oral / Vida suero oral

☐ ☐

Sulfato ferroso en gotas

☐ ☐

Sulfato de Zinc

☐ ☐

Gluconato de Zinc

☐ ☐

Albendazol

☐ ☐

Mebendazol

☐ ☐

 Anote si se observaron los siguientes insumos

199.	Observado
Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maleato de Ergonovina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ampolleta de Ergometrina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lodopovidona	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jeringa c/ Aguja Montada (Jeringa insulina)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lidocaína s	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Metilbromuro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oxitocina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ringer lactato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oxitetraciclina oftálmica otetraciclina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vitamina K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

 Anote si se observaron los siguientes insumos

200.	Observado
Epinefrina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Butilioscina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Solution Hartman	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Solucion salina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nitrato de plata	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

 Anote si se observaron los siguientes insumos

201.	Observado
Ampolleta de Dexametazon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Betametasona	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sulfato de Magnesio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penicilina cristalina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ampicilina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Amoxicilina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

 202. Observado (si/no)

Gentamicina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ampolleta de Hidralazina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

 Anote si se observaron los siguientes insumos

203.	Observado
------	-----------

Sulfato de Amikacina	<input type="checkbox"/>	▼
Amikacine	<input type="checkbox"/>	▼
Ceftriaxona	<input type="checkbox"/>	▼
Cloranfenicol	<input type="checkbox"/>	▼
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	▼
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	▼
Hidralazina clorhidrato	<input type="checkbox"/>	▼
Furosamida	<input type="checkbox"/>	▼
Diazepam	<input type="checkbox"/>	▼
Clorihidrato de Midazolam	<input type="checkbox"/>	▼
Sevofluran	<input type="checkbox"/>	▼
Cloruro de Succinilcolina (Suxametonio)	<input type="checkbox"/>	▼

Servicios de laboratorio

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Área privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Privacidad visual solamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otra
- ☐ No hay ese servicio
- ☐ Rechazó mostrarlo

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

205. Observado

Kit para prueba rápida de sífilis	<input type="checkbox"/>	▼
Kit para prueba rápida de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	▼
Tirillas para detección de proteína en orina	<input type="checkbox"/>	▼
Tirillas para detección de glucosa en orina	<input type="checkbox"/>	▼
Hemocue	<input type="checkbox"/>	▼
Microcubetas	<input type="checkbox"/>	▼
Kit para prueba de embarazo	<input type="checkbox"/>	▼
VDRL	<input type="checkbox"/>	▼
ELISA	<input type="checkbox"/>	▼

206. Observado

Microscopio optico	<input type="checkbox"/>	▼
Microscopio de campo oscuro	<input type="checkbox"/>	▼
Equipo para inmunoensayo de enzimas	<input type="checkbox"/>	▼

Microscopio de fluorescencia	<input type="checkbox"/>	▼
Equipo de análisis de orina	<input type="checkbox"/>	▼
Glucómetro	<input type="checkbox"/>	▼
Contador de células automático	<input type="checkbox"/>	▼

Características generales de la unidad de salud

207. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarla

208. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

210. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

^

v

Según nuestros registros, los datos no han sido plenamente recogidos por uno o más areas de este módulo. Se puede ir de nuevo a las secciones incompletas ahora.

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

- ☐ Horario para adolescentes
- ☐ Área de atención a adolescentes
- ☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal
- ☐ Sala de expulsión
- ☐ Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)
- ☐ Área de planificación familiar
- ☐ Área de atención a niños
- ☐ Área de vacunas
- ☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
- ☐ Área de diagnóstico por imágenes
- ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos
- ☐ Farmacia
- ☐ Laboratorio
- ☐ Condiciones generales de la unidad

212. 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