



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

ID:

Revisión del registro médico

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

1. 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 Angeles
- ☐ 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 OBSTÉTRICAS**  
**Complicaciones maternas**

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

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

10. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión/ ingreso:

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

11. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de ingreso fue . Por favor revisa expedientes donde el nacimiento ocurrió entre 01/07/2013 - 30/06/2015.

12. Edad de mujer:

- ☐  años  
☐ No registrada

13. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta  
☐ Analfabeta  
☐ No registrado

14. Educación:

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

15. Estado civil/familiar:

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

16. Etnia:

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

17. Edad gestacional

- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado

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

- ☐ Sepsis  
☐ Asfixia

- ☐ Bajo peso al nacer  
☐ Prematurez  
☐ Sin complicaciones

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

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

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

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

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

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

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

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

22.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Recuento de leucocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 <sup>9</sup> /liter		
Biometría hemática	<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"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<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"/>				

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

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

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

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

- ☐ Sí  
☐ No

25. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

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

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

27. Razón por la que fue referida:

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

28. Fecha de egreso/referencia

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

29. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

30. Fecha de defunción

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

31. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

32.	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"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<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"/>

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

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

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

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

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

35.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Biometría hemática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recuento de leucocitos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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"/>

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

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

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

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

- ☐ Si  
☐ No

38. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

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

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

40. Razón por la que fue referida:

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

41. Fecha de egreso/referencia

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

42. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

43. Fecha de defunción

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

44. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

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

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

- ☐ Aborto complicado  
☐ Retención de placenta o restos corioplacentarios  
☐ Placenta previa  
☐ Desprendimiento prematuro de placenta  
☐ Ruptura uterina  
☐ Atonía uterina  
☐ Inversión uterina  
☐ Embarazo ectópico  
☐ Desgarros cervicales  
☐ Desgarros de canal vaginal  
☐ Desgarro vulvo-perineal  
☐ Otro (especificar)



☐ No registrado

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

- ☐ AMEU  
☐ Legrado instrumental  
☐ Cesárea  
☐ Histerectomía  
☐ Laparotomía  
☐ Reparación o sutura  
☐ Parto vaginal  
☐ Reparación quirúrgica  
☐ Reposición del útero bajo anestesia general y técnicas **NO quirúrgicas** (maniobra de Johnson)  
☐ Reposición del útero bajo anestesia general y técnicas **quirúrgicas** (maniobras de Huntington o de Haultani)  
☐ Taponamiento uterino  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

47. Cuando era el aborto:

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

48. Cuando era la cita para el embarazo ectopico:

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

49. Cuando era la cita para placenta previa o desprendimiento de placenta:

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

50. Cuando era la cita para la ruptura uterina:

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

51. Cuando era la cita para atonía uterina :

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

52. Cuando era la cita para desgarro vulvo-perineal, vaginal o cervical de canal de parto:

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

53. Cuando era la cita para la inversión uterina:

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

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

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

55.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
-----	--------------	-------	--------------------	--------------

	(sí/no)			
Oxitocina	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato Ringer	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solución de Hartmann	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico (misoprostol, metilergonovina) (especificar)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		unidades		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

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

- ☐ Sí  
☐ No

57. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

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

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

59. Razón por la que fue referida:

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

60. Fecha de egreso/referencia

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

61. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

62. Fecha de defunción

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

63. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

64.	Registrado (sí/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

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

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

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

- ☐ AMEU
- ☐ Legrado instrumental
- ☐ Cesárea
- ☐ Histerectomía
- ☐ Laparotomía
- ☐ Reparación o sutura
- ☐ Reparación quirúrgica
- ☐ Reposición del útero bajo anestesia general y técnicas **NO** quirúrgicas (maniobra de Johnson)
- ☐ Reposición del útero bajo anestesia general y técnicas **quirúrgicas** (maniobras de Huntington o de Haultani)
- ☐ Taponamiento uterino
- ☐ Parto vaginal
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

68. Cuando era el aborto:

- ☐ 1era mitad de embarazo
- ☐ 2da mitad embarazo
- ☐ No registrado

69. Cuando era la cita para el embarazo ectópico:

- ☐ 1era mitad de embarazo
- ☐ 2da mitad embarazo
- ☐ No registrado

70. Cuando era la cita para placenta previa o desprendimiento de placenta:

- ☐ 1era mitad de embarazo
- ☐ 2da mitad embarazo
- ☐ No registrado

71. Cuando era la cita para la ruptura uterina:

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

72. Cuando era la cita para atonía uterina :

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

73. Cuando era la cita para desgarro vulvo-perineal, vaginal o cervical de canal de parto:

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

74. Cuando era la cita para la inversión uterina:

- ☐ 1era mitad de embarazo  
☐ 2da mitad embarazo  
☐ No registrado

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

75.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato Ringer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solución de Hartmann	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- ☐ Si  
☐ No

77. ¿Fue la mujer referida de una unidad medica básica?

- ☐ Si  
☐ No  
☐ No sabe

78. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

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

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

80. Razón por la que fue referida:

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

81. Fecha de egreso/referencia

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

82. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

83. Fecha de defunción

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

84. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ Si

☐ No

89. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

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

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

91. Razón por la que fue referida:

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

92. Fecha de egreso/referencia

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

93. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

94. Fecha de defunción

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

95. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

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

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

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

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

98.	Registrado (sí/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creatinina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acido úrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartato aminotransferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanina aminotransferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato deshidrogenasa (LDH)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

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

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

- ☐ Sí  
☐ No

102. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

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

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

104. Razón por la que fue referida:

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

105. Fecha de egreso/referencia

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

106. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

107. Fecha de defunción

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

108. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

*Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.*

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

Fecha de admisión

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

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

Hora de admisión:

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

111. Edad gestacional

- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado

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

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

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

113.	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"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<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"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

114.	Registrado (si/no)	Negativo	Numero de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina	<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"/>



g/día

Otro (especificar)

☐☐☐

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

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

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

- ☐ Si  
☐ No

117. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

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

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

119. Razón por la que fue referida:

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

120. Fecha de egreso/referencia

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

121. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

122. Fecha de defunción

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

123. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

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

Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	minuto		
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	mmHg		
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	mmHg		
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	°C	<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 así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

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

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

126.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	x10 <sup>9</sup> /L		
Creatinina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acido úrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartato aminotransferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	U/liter		
Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanina aminotransferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	U/liter		
Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato deshidrogenasa (LDH)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	U/liter		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

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

Otro medicamento (especificar)

	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

- ☐ Sí  
☐ No

130. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

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

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

132. Razón por la que fue referida:

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

133. Fecha de egreso/referencia

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

134. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

135. Fecha de defunción

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

136. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

137. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

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

Ha indicado que este mujer no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, hemorragia, pre-eclampsia, y eclampsia

**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, sirvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.

Gracias por su tiempo el día de hoy.