


 0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required

ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR_GENERAL_QUESTIONS, MRR_ANC, MRR_DELIVERY, MRR_POSTPARTUM

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_FACILITY_ID, MRR_FAC_ID, MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT

Question: MRR_FACILITY_ID

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Comitancillo / Comitancillo	
2	Concepción Tutuapa / Concepción Tutuapa	
3	Sibinal / Sibinal	
4	Tajumulco / Tajumulco	
5	Ixchiguan / Ixchiguan	
6	San José Ojetenam / San José Ojetenam	
7	Santiago Chimaltenango / San Pedro Necta	
8	San Idelfonso Ixtahuacán / San Idelfonso Ixtahuacán	
9	Santa Barbara / Santa Barbara	
10	San Miguel Acatán / San Miguel Acatán	
11	Todos Santos Cuchumatán / Todos Santos Cuchumatán	
12	San Juan Atitán / San Juan Atitán	
13	San Mateo Ixtatán / San Mateo Ixtatán	
14	Colotenango / Colotenango	
15	San Sebastian Huehuetenango / San Sebastian Huehuetenango	
16	San Rafael Petzal / San Rafael Petzal	
17	San Gaspar Ixchil / San Gaspar Ixchil	
18	San Miguel Ixtlahuacán / San Miguel Ixtlahuacán	
19	Tacaná / Tacaná	
20	La Reforma / La Reforma	
21	San Lorenzo / San Lorenzo	
22	Nuevo Progreso / Nuevo Progreso	
23	San Rafael la Independencia / San Rafael la Independencia	
24	Barillas / Santa Cruz Barillas	
25	Santiago Chimaltenango / Santiago Chimaltenango	
26	Hospital Nacional de San Marcos	
27	Hospital Regional de Quetzaltenango	
28	Hospital Nacional de Malacatan	
29	Hospital Distrital de San Pedro Necta	
30	Hospital Nacional de Huehuetenango	
31	El Zapote / San Miguel Ixtahuacán	
32	Santa Eulalia / Santa Eulalia	
33	Lajchunaj / Santa Eulalia	
34	Wayacoy / Santa Eulalia	
35	Nueva Esperanza / Barillas	
36	San Sebastian Coatan / San Sebastian Coatan	
37	Chacolín / Barillas	
38	Buena Vista / Nuevo Progreso	
39	Palajachuj / San Sebastian Huehuetenango	
40	San Jose Pueblo Nuevo / San Sebastian Coatan	
41	Jolomtaj / Barillas	
42	San Rafael Tacana / Tacaná	

43	Istinajap / San Rafael la Independencia	
44	Tuichan / Ixchiguan	
45	Tuimuj / Comitancillo	
46	Pueblo Nuevo / Tajumulco	
47	Belajuyape / Concepción Tutuapa	
48	El Papal / San Idelfonso Ixtahuacán	
49	San Rafael Iguil / San José Ojetenam	
50	Tuiladrillo / Ixchiguan	
51	Choanla / San José Ojetenam	
52	San Andres / Ixchiguan	
53	Tuimuca / Concepción Tutuapa	
54	Bulej / San Mateo Ixtatán	
55	Tuilelén / Comitancillo	
56	Taquina / San Miguel Atacán	
57	Tuizmo / Concepción Tutuapa	
58	Yolcultac / San Mateo Ixtatán	
59	Michicoy / San Pedro Necta	
60	SanMartin / Todos Santos Cuchumatán	
61	La Laguna / Concepción Tutuapa	
62	Yamoj / Concepción Tutuapa	
63	Choapequez / Ixchiguan	
64	Ixconlaj / Colotenango	
65	Canul / San Miguel Acatán	
66	Tuiquinamble / Ixchiguan	
67	Checambá / Sibinal	
68	Tuichuna / Concepción Tutuapa	
69	Chicajalaj / Comitancillo	
70	Lacandon / Concepción Tutuapa	
71	Chenicham III / San Miguel Acatán	
72	Ixquisis / San Mateo Ixtatán	
73	Buena Vista / Concepción Tutuapa	
74	Porvenir Candelaria / Comitancillo	
75	Totaná / Tajumulco	
76	Quixic II / San Miguel Acatán	
77	Unidad Movil 284-2013 / Tacana	
78	Unidad Movil 315-2013 / Tacana	
79	Unidad Movil 285-2013 / Tacana	
80	Unidad Movil 341-2013 / Santa Cruz Barillas	
81	Unidad Movil 293-2013 / Tajumulco	
82	Unidad Movil 352-2013 / San Rafael Petzal	
83	Unidad Movil 336-2013 / San Mateo Ixtatán	
84	Unidad Movil 356-2013 / Santa Barbara	
85	Unidad Movil 378-2013 / Todos Santos Cuchumatán	
86	Unidad Movil 335-2013 / San Miguel Acatán	
87	Unidad Movil 292-2013 / Tajumulco	
88	Unidad Movil 321-2013 / San Miguel Acatán	
89	Unidad Movil 337-2013 / San Miguel Ixtatán	
90	Unidad Movil 344-2013 / San Miguel Ixtatán	
91	San Ramón / Huehuetenango	
92	Nuca / Huehuetenango	
93	Yulatzú / Huehuetenango	
94	Unidad Movil 324-3013 / Huehuetenango	
95	Unidad Movil 323-3013 / Huehuetenango	
96	Tuichoquel / San Marcos	
97	La Torre Tuichilupe / San Marcos	
98	Unidad Movil 291-2013 / San Marcos	
99	Unidad Movil 290-2013 / San Marcos	
100	Antiguo Tutuapa / San Marcos	
101	Soche / San Marcos	
102	Los Encuentros / San Marcos	
103	Tuijoj / San Marcos	
104	San Antonia Ixchiguan / San Marcos	
105	Calapte / San Marcos	
106	Once de Mayo / San Marcos	
107	Bexoncan / San Marcos	
108	Unidad Movil 295-2013 / San Marcos	
109	Unidad Movil 294-2013 / San Marcos	
110	Santa Clara / San Marcos	
111	San Jose Ixtal / San Marcos	
112	Unidad Movil 311-2013 / San Marcos	
113	El Triunfo / San Marcos	
114	Sicabe Bella Vista / San Marcos	
115	El Salitre / San Marcos	
116	Chuená / San Marcos	
117	Tierra Colorada / Huehuetenango	
118	Acal / Huehuetenango	

	Chiquilila / Huehuetenango	
120	Unidad Movil 380-2013 / Huehuetenango	
121	Unidad Movil 325-2013 / Huehuetenango	
122	Pavolaj / San Marcos	
123	San Fernando / San Marcos	
124	Esquipulas / San Marcos	
125	Laguna Grande / San Marcos	
126	Unidad Movil 353-2013 / Huehuetenango	
127	Unidad Movil 354-2013 / Huehuetenango	
128	Río Blanco / San Marcos	
129	Santa Rosa / San Marcos	
130	Cerro Grande / San Marcos	
131	Ixlahuitz Coyá II / Huehuetenango	
132	San Sebastian Coatan / Huehuetenango	
133	Unidad Movil 317-2013 / San Marcos	
134	Unidad Movil 357-2013 / Huehuetenango	
135	Unidad Movil 358-2013 / Huehuetenango	
136	Unidad Movil 365-2013 / Huehuetenango	
137	Unidad Movil 322-2013 / Huehuetenango	
138	Sheshap / Huehuetenango	
139	Unidad Movil 350-2013 / Huehuetenango	
140	Unidad Movil 351-2013 / Huehuetenango	
141	Unidad Movil 355-2013 / Huehuetenango	
142	Unidad Movil 339-2013 / Huehuetenango	
143	Unidad Movil 340-2013 / Huehuetenango	
144	Unidad Movil 320-2013 / Huehuetenango	
145	Unidad Movil 319-2013 / Huehuetenango	
146	Sacpic / Huehuetenango	
147	Cruz Quemada / Huehuetenango	
148	Ixcana / Huehuetenango	
149	Quixabaj / Huehuetenango	
150	Michicoy / Huehuetenango	
151	Chocabj / San Marcos	
152	San Antonio Barranca / San Marcos	
153	Maria Cecilia / San Marcos	
154	Unidad Movil 318-2013 / San Marcos	
155	Unidad Movil 314-2013 / San Marcos	
156	La Esperanza / San Marcos	
157	San Pablo Toaca / San Marcos	
158	Tojcheche / San Marcos	
159	Sajqim / San Marcos	
160	Canchicupe / San Marcos	
161	San José la Paz / San Marcos	
162	Tocuto / San Marcos	
163	Champache / San Marcos	
164	Unidad Movil 288-2013 / San Marcos	
165	Unidad Movil 289-2013 / San Marcos	
999	Otro	

1. Identificación del centro:

-- Seleccione uno --



Auto Page Break

Question: MRR_FAC_ID
Required
Show if: (MRR_FACILITY_ID = 999:[Otro])

 2. Identificación del unidad médica:

Question: MRR_DATE
Required

 3. Fecha:
 (DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required

 4. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

 5. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Centro Comunitario de Salud / Puesto de Salud y Unidad Mínima de Salud	
2	Centro de Salud	
3	CAP / CAIMI	
4	Hospital	

-  6. Tipo de unidad médica
- Centro Comunitario de Salud / Puesto de Salud y Unidad Mínima de Salud
 - Centro de Salud
 - CAP / CAIMI
 - Hospital

Page Break

Collection: MRR_GENERAL_QUESTIONS

Contains: MRR_AGE, MRR_LITERACY, MRR_EDU, MRR_MAR_STAT, MRR_RECORDS

Preguntas generales

Revise el expediente medico del caso seleccionado, y registre la información solicitada

Question: MRR_AGE

Required

 7. Edad:

-1 = no registrada

Question: MRR_LITERACY

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alfabeta	
0	Analfabeta	
-1	No registrado	

 8. Alfabetismo:

- Alfabeta
 Analfabeta
 No registrado

Question: MRR_EDU

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria	
3	Secundaria	
4	Preparatoria	
5	Universidad	
-1	No registrado	

 9. Educación

- Ninguna
 Primaria
 Secundaria
 Preparatoria
 Universidad
 No registrado

Question: MRR_MAR_STAT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casada(o)	
2	Unión libre	
3	Soltera(o)	
4	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 10. Estado civil

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

Question: MRR_RECORDS

Minimum checks: 1

 11. ¿Qué tipo de atención recibe la mujer en este establecimiento?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- Atención prenatal
 Atención al nacimiento
 Atención posparto

Page Break

Collection: MRR_ANC

Contains: MRR_ANC_NUM, MRR_VISIT_1, MRR_VISIT_2, MRR_VISIT_3, MRR_VISIT_4, MRR_VISIT_5, MRR_VISIT_6, MRR_VISIT_7, MRR_VISIT_8, MRR_VISIT_9, MRR_VISIT_10, MRR_VISIT_11, MRR_VISIT_12, MRR_VISIT_13, MRR_VISIT_14, MRR_VISIT_15, MRR_ANC_LAB_TEST, MRR_ANC_TET, MRR_ANC_RUBELLA, MRR_MENS_DATE, MRR_ANC_DATE, MRR_PRE_OUT

Show if: (MRR_RECORDS is-any-of [Atención prenatal])

Consultas de atención prenatal

Question: MRR_ANC_NUM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número:	
-1	No registrado	

 12. Revise la sección de atención prenatal del expediente y marque el número de visitas de atención prenatal que tuvo la mujer:

- Número:
- No registrado

Auto Page Break

Collection: MRR_VISIT_1
Contains: MRR_ANC_SPE1, MRR_ANC_CON1
Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 1)

Question: MRR_ANC_SPE1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 13. Registre quién dio la atención prenatal durante la primera visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON1

Contains: MRR_ANC_CON1_WT, MRR_ANC_CON1_BP, MRR_ANC_CON1_FUND, MRR_ANC_CON1_PULS, MRR_ANC_CON1_TEMP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 14. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la primera visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos en la atención prenatal en relación al feto.

También registre la fecha de la primera visita de atención prenatal en que fueron registrados

Custom Layout Question: MRR_ANC_CON_BABY1

 15. 1.ra visita Fecha (DD/MM/AAAA)

Frecuencia cardiaca fetal

Movimiento fetal

Collection: MRR_VISIT_2

Contains: MRR_ANC_SPE2, MRR_ANC_CON2, MRR_ANC_CON2_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 2)

Question: MRR_ANC_SPE2

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 16. Registre quién dio la atención prenatal durante la segunda visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON2**Contains:** MRR_ANC_CON2_WT, MRR_ANC_CON2_BP, MRR_ANC_CON2_FUND, MRR_ANC_CON2_PULS, MRR_ANC_CON2_TEMP**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 17. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la segunda visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON2_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_2, MRR_ANC_CON_BABY_FM_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 18. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la segunda visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_3**Contains:** MRR_ANC_SPE3, MRR_ANC_CON3, MRR_ANC_CON3_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 3)**Question:** MRR_ANC_SPE3**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 19. Registre quién dio la atención prenatal durante la tercera visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON3**Contains:** MRR_ANC_CON3_WT, MRR_ANC_CON3_BP, MRR_ANC_CON3_FUND, MRR_ANC_CON3_PULS, MRR_ANC_CON3_TEMP**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 20. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la tercera visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------	-----------------------	-----------------------

Question Block: MRR_ANC_CON3_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_3, MRR_ANC_CON_BABY_FM_3

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 21. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la tercera visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_4

Contains: MRR_ANC_SPE4, MRR_ANC_CON4, MRR_ANC_CON4_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 4)

Question: MRR_ANC_SPE4

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 22. Registre quién dio la atención prenatal durante la cuarta visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON4

Contains: MRR_ANC_CON4_WT, MRR_ANC_CON4_BP, MRR_ANC_CON4_FUND, MRR_ANC_CON4_PULS, MRR_ANC_CON4_TEMP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 23. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la cuarta visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON4_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_4, MRR_ANC_CON_BABY_FM_4

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 24. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la cuarta visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_5

Contains: MRR_ANC_SPE5, MRR_ANC_CON5, MRR_ANC_CON5_BABY
Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 5)

Question: MRR_ANC_SPE5
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 25. Registre quién dio la atención prenatal durante la quinta visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON5

Contains: MRR_ANC_CON5_WT, MRR_ANC_CON5_BP, MRR_ANC_CON5_FUND, MRR_ANC_CON5_PULS, MRR_ANC_CON5_TEMP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 26. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la quinta visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON5_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_5, MRR_ANC_CON_BABY_FM_5

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 27. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la quinta visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_6

Contains: MRR_ANC_SPE6, MRR_ANC_CON6, MRR_ANC_CON6_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 6)

Question: MRR_ANC_SPE6

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 28. Registre quién dio la atención prenatal durante la sexta visita

- Médico
 Enfermera
 Partera

- Trabajador se salud comunitario
- Pasante de servicio social
- Otro (especificar)
- No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON6
Contains: MRR_ANC_CON6_WT, MRR_ANC_CON6_BP, MRR_ANC_CON6_FUND, MRR_ANC_CON6_PULS, MRR_ANC_CON6_TEMP
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

29. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la sexta visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON6_BABY
Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_6, MRR_ANC_CON_BABY_FM_6
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

30. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la sexta visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_7
Contains: MRR_ANC_SPE7, MRR_ANC_CON7, MRR_ANC_CON7_BABY
Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 7)

Question: MRR_ANC_SPE7
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

31. Registre quién dio la atención prenatal durante la séptima visita

- Médico
- Enfermera
- Partera
- Trabajador se salud comunitario
- Pasante de servicio social
- Otro (especificar)
- No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON7
Contains: MRR_ANC_CON7_WT, MRR_ANC_CON7_BP, MRR_ANC_CON7_FUND, MRR_ANC_CON7_PULS, MRR_ANC_CON7_TEMP
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

32. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la séptima visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial		

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON7_BABY
Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_7, MRR_ANC_CON_BABY_FM_7

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 33. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la séptima visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_8
Contains: MRR_ANC_SPE8, MRR_ANC_CON8, MRR_ANC_CON8_BABY
Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 8)

Question: MRR_ANC_SPE8
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 34. Registre quién dio la atención prenatal durante la octava visita

- Médico
- Enfermera
- Partera
- Trabajador se salud comunitario
- Pasante de servicio social
- Otro (especificar)
- No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON8
Contains: MRR_ANC_CON8_WT, MRR_ANC_CON8_BP, MRR_ANC_CON8_FUND, MRR_ANC_CON8_PULS, MRR_ANC_CON8_TEMP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 35. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la octava visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON8_BABY
Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_8, MRR_ANC_CON_BABY_FM_8

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 36. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la octava visita de la atención prenatal en relación al feto.

--	--

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_9
Contains: MRR_ANC_SPE9, MRR_ANC_CON9, MRR_ANC_CON9_BABY
Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 9)

Question: MRR_ANC_SPE9

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 37. Registre quién dio la atención prenatal durante la novena visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON9

Contains: MRR_ANC_CON9_WT, MRR_ANC_CON9_BP, MRR_ANC_CON9_FUND, MRR_ANC_CON9_PULS, MRR_ANC_CON9_TEMP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 38. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la novena visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON9_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_9, MRR_ANC_CON_BABY_FM_9

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 39. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la novena visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_10
Contains: MRR_ANC_SPE10, MRR_ANC_CON10, MRR_ANC_CON10_BABY
Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 10)

Question: MRR_ANC_SPE10

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	

5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 40. Registre quién dio la atención prenatal durante la décima visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON10

Contains: MRR_ANC_CON10_WT, MRR_ANC_CON10_BP, MRR_ANC_CON10_FUND, MRR_ANC_CON10_PULS, MRR_ANC_CON10_TEMP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 41. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la décima visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON10_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_10, MRR_ANC_CON_BABY_FM_10

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 42. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la décima visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_11

Contains: MRR_ANC_SPE11, MRR_ANC_CON11, MRR_ANC_CON11_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 11)

Question: MRR_ANC_SPE11

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 43. Registre quién dio la atención prenatal durante la undécima visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON11

Contains: MRR_ANC_CON11_WT, MRR_ANC_CON11_BP, MRR_ANC_CON11_FUND, MRR_ANC_CON11_PULS, MRR_ANC_CON11_TEMP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	

0 No registrado

44. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la undécima visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON11_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_11, MRR_ANC_CON_BABY_FM_11

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

45. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la undécima visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_12

Contains: MRR_ANC_SPE12, MRR_ANC_CON12, MRR_ANC_CON12_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 12)

Question: MRR_ANC_SPE12

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

46. Registre quién dio la atención prenatal durante la duodécima visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON12

Contains: MRR_ANC_CON12_WT, MRR_ANC_CON12_BP, MRR_ANC_CON12_FUND, MRR_ANC_CON12_PULS, MRR_ANC_CON12_TEMP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

47. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la duodécima visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON12_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_12, MRR_ANC_CON_BABY_FM_12

Required

Scale Summary		
---------------	--	--

Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

48. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la duodécima visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_13
Contains: MRR_ANC_SPE13, MRR_ANC_CON13, MRR_ANC_CON13_BABY
Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 13)

Question: MRR_ANC_SPE13

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

49. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimotercera visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON13

Contains: MRR_ANC_CON13_WT, MRR_ANC_CON13_BP, MRR_ANC_CON13_FUND, MRR_ANC_CON13_PULS, MRR_ANC_CON13_TEMP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

50. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la decimotercera visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON13_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_13, MRR_ANC_CON_BABY_FM_13

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

51. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la decimotercera visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_14
Contains: MRR_ANC_SPE14, MRR_ANC_CON14, MRR_ANC_CON14_BABY
Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 14)

Question: MRR_ANC_SPE14

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 52. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON14

Contains: MRR_ANC_CON14_WT, MRR_ANC_CON14_BP, MRR_ANC_CON14_FUND, MRR_ANC_CON14_PULS, MRR_ANC_CON14_TEMP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 53. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la decimocuarta visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON14_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_14, MRR_ANC_CON_BABY_FM_14

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 54. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la decimocuarta visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_15

Contains: MRR_ANC_SPE15, MRR_ANC_CON15, MRR_ANC_CON15_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 15)

Question: MRR_ANC_SPE15

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 55. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita

- Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador se salud comunitario
 Pasante de servicio social
 Otro (especificar)
 No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON15**Contains:** MRR_ANC_CON15_WT, MRR_ANC_CON15_BP, MRR_ANC_CON15_FUND, MRR_ANC_CON15_PULS, MRR_ANC_CON15_TEMP**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 56. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la decimoquinta visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON15_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_15, MRR_ANC_CON_BABY_FM_15**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 57. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la decimoquinta visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_LAB_TEST**Contains:** MRR_ANC_LAB_TEST_BG, MRR_ANC_LAB_TEST_RH, MRR_ANC_LAB_TEST_GLU, MRR_ANC_LAB_TEST_HIV, MRR_ANC_LAB_TEST_PLATE, MRR_ANC_LAB_TEST_VDRL, MRR_ANC_LAB_TEST_HB, MRR_ANC_LAB_TEST_URINE**Required**

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 58. Anote si se realizaron los siguientes análisis al menos una vez durante las visitas de atención prenatal

	Sí	No
Grupo sanguíneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factor RH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glucosa en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ordenó prueba de VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plaquetas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VDRL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentración de Hb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen general de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_TET**Contains:** MRR_ANC_TET1, MRR_ANC_TET2**Required**

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 59. Se administró toxoide tetánico:

(SELECCIONE UNO POR FILA):	Sí	No
1.ra dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: MRR_ANC_RUBELLA**Required****Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No registrado	

 60. Se hizo prueba de anticuerpos para rubeola

- Sí
 No
 No registrado

Question: MRR_MENS_DATE**Required****Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 61. Fecha de última menstruación

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

Question: MRR_ANC_DATE**Required****Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 62. Fecha de primera visita a atención prenatal

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

Question: MRR_PRE_OUT**Required****Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Nacimiento	
2	Aborto	
3	Mortinato	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 63. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

- Nacimiento
 Aborto
 Mortinato
 Otro (especificar):
 No registrado

Auto Page Break

Jump-To: JMP_ABORTO**Description:****Jump-To-Item:** MRR_APP_FP**Jump-If:** (MRR_PRE_OUT = 2:[Aborto]) and (MRR_RECORDS is-any-of [Atención posparto])**Jump-To:** JMP_STILBIRTH**Description:****Jump-To-Item:** MRR_APP_FP**Jump-If:** (MRR_PRE_OUT = 3:[Mortinato]) and (MRR_RECORDS is-any-of [Atención posparto])**Collection:** MRR_DELIVERY**Contains:** MRR_DEL_ADM_DATE, MRR_DEL_ADM_TIME, MRR_DEL_DATE, MRR_DEL_TIME, MRR_AC_COM_WOR, MRR_AC_MIDWIFE, MRR_DEL_PER, MRR_OXY, MRR_PAR, MRR_PAR_4CM, MRR_CORD_CL, MRR_UT_MAS, MRR_DEL_MODE**Show if:** (MRR_TYPE_UNIT is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital]) and (MRR_RECORDS is-any-of [Atención al nacimiento])**Atención al nacimiento****Question:** MRR_DEL_ADM_DATE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

64. Fecha de ingreso

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

Question: MRR_DEL_ADM_TIME**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

65. Hora de ingreso

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Question: MRR_DEL_DATE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

66. Fecha en que ocurrió el nacimiento

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

Question: MRR_DEL_TIME**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

67. Hora en que ocurrió el nacimiento

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Question: MRR_AC_COM_WOR**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No registrado	

68. Mujer acompañada por una trabajadora comunitaria para atender el nacimiento en la unidad médica

- Sí
- No
- No registrado

Question: MRR_AC_MIDWIFE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No registrado	

 69. Mujer acompañada por una partera para atender el nacimiento en la unidad médica

- Sí
 No
 No registrado

Question: MRR_DEL_PER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico general	
2	Obstetra	
3	Partera	
4	Enfermera	
995	Otro	
-1	No registrado	

 70. Anote quién atendió el nacimiento

- Médico general
 Obstetra
 Partera
 Enfermera
 Otro
 No registrado

Registre si se administró a la mujer:

Custom Layout Question: MRR_OXY_1

71.	Administrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros uterotonicos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

Question: MRR_OXY**Required****Show if:** (MRR_OXY_ADMIN_OXY = 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Intramuscular	
2	Intravenosa	
-1	No registrado	

 72. Forma de administración de la oxitocina:

- Intramuscular
 Intravenosa
 No registrado

Question: MRR_PAR**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Incluido en el expediente y llenado	
2	Incluido pero no llenado	
-1	No incluido	

 73. Partograma

- Incluido en el expediente y llenado
 Incluido pero no llenado
 No incluido

Auto Page Break

Question: MRR_PAR_4CM

Required

Show if: (MRR_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 74. Comprobar si partograma se inició a 4cm de dilatación del útero

- Sí
 No

Question: MRR_CORD_CL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	90 segundos	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 75. Tiempo de pinzamiento de cordón

- 90 segundos
 Otro (especificar) segundos
 No registrado

Question: MRR_UT_MAS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 76. Registre si se hizo masaje uterino después del nacimiento

- Si
 No

Question: MRR_DEL_MODE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Parto con ventosa	
3	Parto con forceps	
4	Parto vaginal con feto en presentación podálica	
5	Cesárea de emergencia	
6	Cesárea electiva	
7	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 77. Tipo de nacimiento

- Parto vaginal
 Parto con ventosa
 Parto con forceps
 Parto vaginal con feto en presentación podálica
 Cesárea de emergencia
 Cesárea electiva
 Otro (especificar):
 No registrado

Page Break

Collection: MRR_POSTPARTUM
Contains: MMR_POS_SPEC, MRR_POS_TYPE, MMR_POS_BABY_GEN, MMR_NEW_ATT, MRR_APP_FP, MRR_NAME_FP, DISP_MOTHER, DISP_CHILD
Show if: (MRR_TYPE_UNIT is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital]) and (MRR_RECORDS is-any-of [Atención posparto])

Período posparto

Revise la información de atención post-parto y registre si se realizaron las siguientes mediciones después del nacimiento

Custom Layout Question: MRR_POS3_CHECK

78.

	Número de veces durante las primeras 3 horas	4 veces en la primera hora (si/no)	2 veces en la segunda hora (si/no)	2 veces en la tercera hora (si/no)
Presión arterial diastólica	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial sistólica	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulso	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Involución uterina	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presencia de sangrado anormal o hemorragia vaginal	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Características de loquios	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diuresis espontánea	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Revise la sección de egreso en el expediente médico y anote cuántas veces se realizaron las siguientes mediciones

Custom Layout Question: MRR_DIS_CHECK1

79.

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

Revise la sección de egreso en el expediente médico y anote cuántas veces se realizaron las siguientes mediciones

Custom Layout Question: MRR_DIS_CHECK2

80.

	Registrado (si/no)
Involución uterina	<input type="checkbox"/>
Presencia de sangrado anormal o hemorragia vaginal	<input type="checkbox"/>
Características de loquios	<input type="checkbox"/>

Question: MMR_POS_SPEC
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador de salud comunitaria	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

81. Persona que dio la atención post-parto para la madre

Médico
 Enfermera
 Partera
 Trabajador de salud comunitaria

- Pasante de servicio social
- Otro (especificar):
- No registrado

Question: MRR_POS_TYPE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Un solo bebé	
2	Múltiple	
0	No registrado	

 82. Tipo de nacimiento:

- Un solo bebé
- Múltiple
- No registrado

Question: MMR_POS_BABY_GEN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Masculino	
2	Femenino	
0	No registrado	

 83. Sexo del bebé:

- Masculino
- Femenino
- No registrado

Question: MMR_NEW_ATT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Pasante de servicio social	
0	Nadie	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 84. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

- Médico
- Enfermera
- Partera
- Pasante de servicio social
- Nadie
- Otro (especificar):
- No registrado

Registre si los siguientes procedimientos se realizaron al bebé y registre la fecha y hora para cada procedimiento

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK1

85.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Administración de vitamina K.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de oxitetraciclina oftálmica como profilaxis o clorafenicol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curación del cordón umbilical con agua y clorhexidina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación para presencia de malformaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación del color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de vacuna BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes mediciones, sus valores y fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK2

86.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Medición de APGAR 1 minuto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medición de APGAR 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Circunferencia cefálica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: MRR_APP_FP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	
3	Referida	
-1	No registrado	

 87. Recibió la mujer anticoncepción

- Sí
- No
- Referida
- No registrado

Auto Page Break

Question: MRR_NAME_FP
Minimum checks: 1
Show if: (MRR_APP_FP = 1:[S])

 88. Método anticonceptivo recibido

- Condón
- DIU
- Píldoras
- Ligadura de trompas
- Ritmo
- Otro (especificar):
- No registrado

Collection: DISP_MOTHER
Contains: MRR_DISPOSITION, MRR_REF_REAS, MRR_REF_PL, MRR_DIS_DATE, MRR_DIS_TIME, MRR_DEATH_DATE, MRR_DEATH_TIME

Question: MRR_DISPOSITION
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

 89. 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

Auto Page Break

Question: MRR_REF_REAS**Required****Show if:** (MRR_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Complicaciones durante el nacimiento	
2	Complicaciones maternas durante el nacimiento	
3	Complicaciones neonatales	
995	Otro	
0	No registrado	

90. Razón por la que fue referida:

- Complicaciones durante el nacimiento
 Complicaciones maternas durante el nacimiento
 Complicaciones neonatales
 Otro
 No registrado

Question: MRR_REF_PL**Required****Show if:** (MRR_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

91. Lugar a donde fue referida:

Question: MRR_DIS_DATE**Required****Show if:** (MRR_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

92. Fecha de egreso/referencia

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

Question: MRR_DIS_TIME**Required****Show if:** (MRR_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

93. Hora de egreso/referencia

- Hora: (HH:MM)
 No registrado

Question: MRR_DEATH_DATE**Required****Show if:** (MRR_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

94. Fecha de defunción

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

Question: MRR_DEATH_TIME**Required****Show if:** (MRR_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

95. Hora de defunción

- Hora: (HH:MM)
 No registrado

Collection: DISP_CHILD**Contains:** MRR_CH_DISPOSITION, MRR_CH_REF_REAS, MRR_CH_REF_PL, MRR_CH_DIS_DATE, MRR_CH_DIS_TIME, MRR_CH_DEATH_DATE, MRR_CH_DEATH_TIME**Question:** MRR_CH_DISPOSITION**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

 96. Resultado final de la estancia del niño 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

Auto Page Break

Question: MRR_CH_REF_REAS**Required****Show if:** (MRR_CH_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Complicaciones durante el nacimiento	
2	Complicaciones maternas durante el nacimiento	
3	Complicaciones neonatales	
995	Otro	
0	No registrado	

 97. Razón por la que fue referida:

- Complicaciones durante el nacimiento
 Complicaciones maternas durante el nacimiento
 Complicaciones neonatales
 Otro
 No registrado

Question: MRR_CH_REF_PL**Required****Show if:** (MRR_CH_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

 98. Lugar a donde fue referida:

Question: MRR_CH_DIS_DATE**Required****Show if:** (MRR_CH_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 99. Fecha de egreso/referencia

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

Question: MRR_CH_DIS_TIME**Required****Show if:** (MRR_CH_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 100. Hora de egreso/referencia

- Hora: (HH:MM)
 No registrado

Question: MRR_CH_DEATH_DATE**Required****Show if:** (MRR_CH_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 101. Fecha de defunción

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

Question: MRR_CH_DEATH_TIME**Required****Show if:** (MRR_CH_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 102. Hora de defunción

- Hora: (HH:MM)
 No registrado

Page Break

Question: COMMENT_NO_COMPL
Required

 103. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha llegado al final de este parte 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