


 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: LOG_IN

Contains: FACILITY_ID, FAC_ID, FAC_TYPE, DATE, INTERVW_ID1, INTERVW_ID2, CONSENT_OBTAINED

Question: 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 Cuchumatan / Todos Santos Cuchumatan	
12	San Juan Atitan / San Juan Atitan	
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	

	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	Yulatizú / Huehuetenango	
94	Unidad Movil 324-2013 / Huehuetenango	
95	Unidad Movil 323-2013 / 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	
119	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	

	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:



Auto Page Break

Question: FAC_ID
Show if: (FACILITY_ID = 999:[Otro])



2. Identificación del centro:

Question: FAC_TYPE

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	



3. Primero quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):


- ☐ Centro comunitario de Salud / Puesto de Salud y Unidad mínima de Salud
- ☐ Centro de Salud
- ☐ CAP / CAIMI
- ☐ Hospital

Page Break

Question: DATE
Required

 4. Fecha:
 (DD/MM/AAAA)

Question: INTERVW_ID1
Required

 5. Identificación 1 del entrevistador

Question: INTERVW_ID2

 6. Identificación 2 del entrevistador

Busque a la persona responsable de la unidad médica o la persona que tenga el más alto cargo y que esté presente en la médica. A esa persona lea el siguiente consentimiento informado y si esa persona está de acuerdo en participar en el estudio, solicítele que firme el documento.

Buen día, mi nombre es [NOMBRE]. Se está realizando en Guatemala una encuesta, con la finalidad de realizar un diagnóstico de los servicios de salud con el propósito de contribuir a mejorarlos. Su unidad médica ha sido elegida para participar en esta encuesta por lo que estamos solicitando su consentimiento para participar en ésta.

Le haremos preguntas acerca de diversos servicios que ofrecen a la población y le pediremos ver los registros de los pacientes. Los nombres de los pacientes no se registraran, ni compartirán. La información acerca de esta unidad médica puede ser utilizada por el Ministerio de Salud u otras instituciones relacionadas, si así lo desean, para planificación y mejora de los servicios, o bien con fines de investigación. Los datos que se recopilen de esta unidad médica también se podrán proporcionar a investigadores para que realicen análisis, sin embargo, el nombre de su unidad médica no será proporcionado, solamente estarán disponibles los datos de la unidad médica. Con ello le garantizamos la total confidencialidad de la información que usted nos pueda brindar.


Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria, usted tiene derecho a dejar de participar en cualquier momento y si desea no participar, no tendrá ninguna repercusión en su trabajo o su relación futura con el Ministerio de Salud.

Estamos solicitando su ayuda para asegurarnos de que la información que recopilamos sea precisa. Si hay preguntas para las cuales alguna otra persona sea más idónea para proporcionar la información, le agradeceríamos que nos presente a esa persona.

¿Tiene alguna pregunta acerca de la encuesta?
¿Tengo su consentimiento para continuar?

Question: CONSENT_OBTAINED
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 7. ¿Se obtuvo consentimiento?

- ☐ Sí
☐ No

Auto Page Break

Jump-To: JMP1
Description:
Jump-To-Item: END
Jump-If: (CONSENT_OBTAINED = 0:[No])

Collection: CHECKLIST
Contains: SELECTION_AREA, SURVEY_SUBMIT, ANTENATAL_POSTNATAL_CARE, DELIVERY_ROOM, EMERGENCY_CARE, FAMILY_PLANNING, CHILD_HEALTH_SERVICES, VACCINATION, COLD_CHAIN, DIAGNOSTIC_IMAGING, BIO_HAZARD, PHARMACY, LAB_SERVICES, GENERAL_CONDITIONS

Lista de verificación de observación

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

Question: SELECTION_AREA Required		
Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Atención prenatal y postnatal, y/o consultorio ginecobstetricia	
2	Sala de expulsion o sala de atencion de parto	(FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])
3	Sala de expulsión de emergencia o sala de parto que puede atender complicaciones obstétricas y neonatales	(FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])
4	Área de planificacion familiar	
5	Consultorio de atención de niños y/o consultorio pediatría	
6	Área de vacunas	
7	Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)	
8	Área de diagnóstico por imagines	(FAC_TYPE = 4:[Hospital])
9	Área de disposición de residuos biológico infecciosos	
10	Farmacia	
11	Laboratorio	(FAC_TYPE is-any-of 2:[Centro de Salud] or 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])
12	Condiciones generales de la unidad	
13	Al final de la encuesta	



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

- ☐ Atención prenatal y postnatal, y/o consultorio ginecobstetricia
- ☐ Sala de expulsion o sala de atencion de parto
- ☐ Sala de expulsión de emergencia o sala de parto que puede atender complicaciones obstétricas y neonatales
- ☐ Área de planificacion familiar
- ☐ Consultorio de atención de niños y/o consultorio pediatría
- ☐ Área de vacunas
- ☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
- ☐ Área de diagnóstico por imagines
- ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos
- ☐ Farmacia
- ☐ Laboratorio
- ☐ Condiciones generales de la unidad
- ☐ Al final de la encuesta

Auto Page Break

Question: SURVEY_SUBMIT

Required

Show if: (SELECTION_AREA = 13:[Al final de la encuesta])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

- ☐ Sí
- ☐ No

Auto Page Break

Jump-To: JUMP_SELECTION
Description:
Jump-To-Item: SELECTION_AREA
Jump-If: (SURVEY_SUBMIT = 0:[No])

Collection: ANTENATAL_POSTNATAL_CARE
Contains: CL_ANPST_RM, COL_ANC
Show if: (SELECTION_AREA = 1:[Atención prenatal y postnatal, y/o consultorio ginecobstetricia]) or (TRASH = 1:[show all folders])

Atención prenatal y post-natal

Question: CL_ANPST_RM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



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

Características de las áreas físicas:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

Collection: COL_ANC

Contains: AVAIL_PRO_1, AVAIL_PRO_2, CLN_ANC_DOC, CLN_PNC_DOC

Show if: (CL_ANPST_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar

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

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT1_AMBN

11.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cinta obstétrica del CLAP	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuello de ganzo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT1_AMB

12.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mesa para examen ginecológico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cinta obstétrica del CLAP	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuello de ganzo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>


Custom Layout Question: C_ANC_INPUT1_BC

13.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mesa para examen ginecológico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cinta obstétrica del CLAP	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuello de ganzo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>


Page Break

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:


Custom Layout Question: C_ANC_INPUT2_AMBN

-  14. Observado (si/no)
- Historia clínica materno perinatal ☐
- Carnet materno perinatal o tarjeta ☐

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT2_AMB

-  15. Observado (si/no)
- Historia clínica materno perinatal ☐
- Carnet o tarjeta materno perinatal ☐

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT2_BC

-  16. Observado (si/no)
- Historia clínica materno perinatal ☐
- Carnet o tarjeta materno perinatal ☐

Page Break

Question Block: AVAIL_PRO_1**Contains:** AVAIL_PRO_1_1, AVAIL_PRO_1_2, AVAIL_PRO_1_3, AVAIL_PRO_1_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



17. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos:

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

Question Block: AVAIL_PRO_2**Contains:** AVAIL_PRO_2_1, AVAIL_PRO_2_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



18. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos.

Los siguientes materiales deben estar colocados en la pared o en un lugar visible.

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

Question: CLN_ANC_DOC**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



19. Solicite ver los registros de mujeres en atención prenatal

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Question: CLN_PNC_DOC**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



20. Solicite ver los registros de mujeres en atención postparto

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

Collection: DELIVERY_ROOM

Contains: CL_DEL_RM, COL_DEL

Show if: (FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital]) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 2:[Sala de expulsión o sala de atención de parto]))

Sala de expulsión o nacimiento

Question: CL_DEL_RM

Required

Show if: (FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



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

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

Page Break

Collection: COL_DEL**Contains:** CL_DEL_SABAG, DEL_ROOM_COND, DEL_ROOM_INDIG_POP, DEL_ROOM_BED**Show if:** (CL_DEL_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar

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

Custom Layout Question: C_DEL_INPUT1

22.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Equipo p/ suero c/ macrogotero y microgotero	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Campos estériles para recibir al recién nacido	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonda Nasogástrica K 33	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

Custom Layout Question: C_DEL_INPUT2



23.

Observado (si/no)

Catéter Intravenoso Estéril N° 18

☐

Pinza metálica o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical

☐

Page Break

Question: CL_DEL_SABAG**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
-2	Se negó a mostrar	



24. Pida ver la maleta (bolso o bulto) para partos de emergencia en el establecimiento.

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

Question Block: DEL_ROOM_COND**Contains:** DEL_ROOM_COND_1, DEL_ROOM_COND_2, DEL_ROOM_COND_3, DEL_ROOM_COND_4**Required****Show if:** (CL_DEL_RM is-none-of -1:[No se dan estos servicios] or -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro	
-2	Rechazó mostrar	



25. Evalúe las condiciones de la sala de nacimiento (expulsión)

	Observado	No observado	Otro	Rechazó mostrar
Piso: limpio y trapeado, sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muebles y sillas limpias y sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo y estantería limpios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paredes razonablemente limpias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: DEL_ROOM_INDIG_POP**Required****Show if:** (CL_DEL_RM is-none-of -1:[No se dan estos servicios] or -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



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

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Question: DEL_ROOM_BED**Required****Show if:** (CL_DEL_RM is-none-of -1:[No se dan estos servicios] or -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

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



- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

Collection: EMERGENCY_CARE

Contains: CL_EM_RM, COL_EMER

Show if: (FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital]) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 3:[Sala de expulsión de emergencia o sala de parto que puede atender complicaciones obstétricas y neonatales]))

Sala de atención de emergencias

Question: CL_EM_RM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Area no privada	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



28. Solicite ver la sala emergencias
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

Collection: COL_EMER

Contains: Show if: (CL_EM_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada])

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar

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

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_BASIC1

29.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimación para adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laringoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para AMEU	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_COMP1

30.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimación para adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laringoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para AMEU	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para legrado	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_BASIC2

31.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio de pinard	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_BASIC3

32.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Autoclave	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_COMP2

33.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio de pinard	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_COMP3

34.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Autoclave	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_COMP4

35.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Collection: FAMILY_PLANNING**Contains:** CL_FP_RM, CONTRA_AV, CONTRA_STORE, COL_FP**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 4:[Área de planificación familiar])**Área de Planificación familiar****Question:** CL_FP_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

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

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

Page Break

Question: CONTRA_AV**Required****Show if:** (CL_FP_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí, en el área de planificación familiar	
2	Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.	
3	Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.	
0	No	
-1	No sabe	



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

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

Auto Page Break

Question: CONTRA_STORE**Required****Show if:** (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

Page Break

Collection: COL_FP

Contains: CONTRA_SUP_TM1, FP_AV_REG, FP_OUT, AVAIL_PRO, FP_MATERIALS

Show if: (CL_FP_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro]) and (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.]

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar

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

Custom Layout Question: C_FP_INPUT1_BC



39.

Observado (si/no) Total observados

Kit para inserción de DIU ☐

Page Break

Anote la existencia de los siguientes equipos:

Custom Layout Question: C_FP_INPUT2_AMB

40.	Observado (si/no)
Condón masculino	<input type="checkbox"/>
Condón femenino	<input type="checkbox"/>
Pastillas combinadas	<input type="checkbox"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="checkbox"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)	<input type="checkbox"/>
Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon)	<input type="checkbox"/>
Píldoras anticonceptivas de emergencia	<input type="checkbox"/>
Espermicidas	<input type="checkbox"/>
Diafragma	<input type="checkbox"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/>
Otras (especifique): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>


Custom Layout Question: C_FP_INPUT2_BC

41.	Observado (si/no)
Condón masculino	<input type="checkbox"/>
Condón femenino	<input type="checkbox"/>
Pastillas combinadas	<input type="checkbox"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="checkbox"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)	<input type="checkbox"/>
Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon)	<input type="checkbox"/>
Píldoras anticonceptivas de emergencia	<input type="checkbox"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="checkbox"/>
Espermicidas	<input type="checkbox"/>
Diafragma	<input type="checkbox"/>
Otras (especifique): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>


Page Break

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


Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_1_AMB

-  42. Pastillas con solamente progestina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_2_AMB

-  43. Pastillas combinadas
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_3_AMB

-  44. Inyectables con solamente progestina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_4_AMB

-  45. Inyectables combinados
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_5_AMB

-  46. Condón masculino
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_1_BC

-  47. Pastillas con solamente progestina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_2_BC

-  48. Pastillas combinadas
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_3_BC

-  49. Inyectables con solamente progestina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_4_BC



50.

Injectables combinados

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_5_BC



51.

Condón masculino

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Page Break

Question: CONTRA_SUP_TM1**Required****Show if:** (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.]

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Dentro de las 4 semanas anteriores	
2	Entre 4 y 12 semanas	
3	Hace más de 12 semanas	
0	No existe un sistema de abasto rutinario	
-1	No sabe	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

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

Question: FP_AV_REG**Required****Show if:** (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.]

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observada	
0	No observada	
995	Otra, especifique:	
-1	Se negó a mostrar	



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

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

Question: FP_OUT**Required****Show if:** (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.]

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, número de días:	
0	No se ofrece el servicio fuera de la unidad médica	
-1	No sabe	
-2	No responde	



54. Por favor pregunte sobre el registro de los servicios de planificación familiar que se ofrecen fuera de la unidad médica y verifique cuántos días en un mes se ofrecen este tipo de servicios fuera de la unidad médica.

(CONVIERTA SEMANAS Y MESES A DÍAS)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, número de días:

- ☐ No se ofrece el servicio fuera de la unidad médica
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

Question Block: AVAIL_PRO**Contains:** FAMILY_PLANNING_1, FAMILY_PLANNING_2, FAMILY_PLANNING_3**Required**

Show if: (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observada	
0	No observada	
-1	Se negó a mostrar	



55. Por favor verifique la disponibilidad de materiales de enseñanza y protocolos

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

Question Block: FP_MATERIALS**Contains:** FP_MATERIALS_1, FP_MATERIALS_2, FP_MATERIALS_3, FP_MATERIALS_4, FP_MATERIALS_5, FP_MATERIALS_6, FP_MATERIALS_7**Required**

Show if: (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-1	Se negó a mostrar	



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

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

Collection: CHILD_HEALTH_SERVICES**Contains:** CL_CHILD_RM, COL_CHILD**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 5:[Consultorio de atención de niños y/o consultorio

[pediatría]]

Área o Sala de atención para niños

Question: CL_CHILD_RM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



57. Solicite ver la sala de atención para niños y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

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

Page Break

Collection: COL_CHILD**Contains:** CH_MATERIALS_1, REG_CHL_SER**Show if:** (CL_CHILD_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar

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

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT1_AMBN

58.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o o Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT1_AMB

59.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Balanza de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT1_BASIC

60.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT1_COMP

61.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estetoscopio pediátrico

☐


Negatoscopio

☐


Page Break

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:


Custom Layout Question: C_CLD_INPUT2_AMBN

-  62. Observado (si/no)
- Termómetro oral ☐
- Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo ☐

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT2_AMB

-  63. Observado (si/no)
- Termómetro oral ☐
- Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo ☐

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT2_BC

-  64. Observado (si/no)
- Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo ☐
- Termómetro oral ☐

Page Break

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT3_AMBN



65. Observado (si/no)

Termómetro axilar ☐

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT3_AMB



66. Observado (si/no)

Termómetro axilar ☐

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT3_BC



67. Observado (si/no)

Termómetro axilar ☐

Page Break

Question Block: CH_MATERIALS_1**Contains:** CH_MATERIALS_1_1, CH_MATERIALS_1_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



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

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

Question: REG_CHL_SER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

☐ Observado☐ No observado☐ Otro (ESPECIFIQUE): ☐ Se negó a mostrar**Collection:** VACCINATION**Contains:** CL_IMM_RM, COL_VACC**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 6:[Área de vacunas])**Área o cuarto de vacunación****Question:** CL_IMM_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



70. Solicite ver la sala o área de vacunación y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva☐ Área con privacidad visual únicamente☐ Área no privada☐ Otro

- ☐
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

Page Break

Collection: COL_VACC**Contains:** CL_VAC_INJ_TYPE_, CL_CHILD_VAC_ITEMS, REG_IMM_SER**Show if:** (CL_IMM_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])**Question:** CL_VAC_INJ_TYPE_**Minimum checks:** 1

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

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES)

- ☐ Observado, desechable
- ☐ Observado, esterilizable
- ☐ Observado, autoinutilizable
- ☐ Informado, no visto
- ☐ Observados, otros
- ☐ Se negó a mostrar

Question Block: CL_CHILD_VAC_ITEMS**Contains:** CL_CHILD_VAC_ITEMS_1, CL_CHILD_VAC_ITEMS_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

(SELECCIONE UNO EN CADA UNO)

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

Question: REG_IMM_SER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Collection: COLD_CHAIN**Contains:** VACC_STR1, COL_COLD_CHAIN**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 7:[Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)])**Cadena de frío**

Question: VACC_STR1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se almacenan vacunas en la unidad médica	
2	Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.	
0	No se almacenan vacunas	
-2	No responde	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

Collection: COL_COLD_CHAIN**Contains:** CL_VAC_TEMP, CL_VAC_CARR, CL_VAC_CARR_ICE, VAC_SUPPLY**Show if:** (VACC_STR1 is-any-of 1:[Sí, se almacenan vacunas en la unidad médica] or 2:[Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.])

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

Custom Layout Question: C_VAC_STR

75.

Cantidad

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar 0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar

Refrigerador eléctrico

Refrigerador de querosén

Refrigerador de gas

Refrigerador solar

Termo frío (Pingüino)

Page Break

Verifique los termómetros e indique

Custom Layout Question: C_VAC_THERM



76.

Cantidad

0 = ninguno; -2 = rechazó
mostrar

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó
mostrar

Termómetros digitales

Termómetros de alcohol

Otro

(especifique)

Page Break

Collection: CL_VAC_TEMP**Contains:** CL_VAC_TEMP1, CL_VAC_TEMP_CHRT, CL_VAC_TEMP_REC, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW, CL_VAC_TEMP_REC_ACT, CL_VAC_TEMP_PRT**Show if:** (FRIDGE > 0)**Para cada refrigerador, respuesta a las siguientes preguntas****Question:** CL_VAC_TEMP1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Auto Page Break

Question: CL_VAC_TEMP_REC**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:
☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

- ☐ Sí, protegidas
☐ No protegidas

- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Auto Page Break

Question: CL_VAC_CARR**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observadas, cantidad de cajas vistas:	
2	Informadas	
0	No vistas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



83. Pida ver las cajas de transporte de vacunas disponibles

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

Auto Page Break

Question: CL_VAC_CARR_ICE**Required****Show if:** (CL_VAC_CARR = 1:[Observadas, cantidad de cajas vistas:])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados, un juego	
2	Observados, dos o más juegos	
0	No vista	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Page Break

Collection: VAC_SUPPLY
Contains: REG_SUP_VAC, VAC_SUP_TM1

Suministro de vacunas

Question: REG_SUP_VAC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registro observado	
0	No observado	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	
-3	No se proporcionan servicios de vacunación	



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

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

Auto Page Break

Jump-To: JUMP_DIAGNOSTIC
Description:
Jump-To-Item: SELECTION_AREA
Jump-If: (REG_SUP_VAC is-none-of 1:[Registro observado])

Revise el kardex o registro de información sobre el abasto de vacunas y registre la siguiente información

Custom Layout Question: C_VAC_REG_1

86.	Observado (si/no)
Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb)	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>
SPR (sarampión, rubeola y parotiditis)	<input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/>
Rotavirus	<input type="checkbox"/>
Conjugado neumocócico	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>

Page Break

Custom Layout Question: C_VAC_REG_2

87.

Observado (si/no)

DPT (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)

☐

Hepb (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)

☐

Hepatitis B (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)

☐Page Break

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

Custom Layout Question: C_VAC_SUP1

88.

BCG

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐**Custom Layout Question: C_VAC_SUP2**

89.

SPR (sarampión, rubeola y parotiditis)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Page Break

Question: VAC_SUP_TM1**Required****Show if:** (REG_SUP_VAC = 1:[Registro observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Dentro de las 4 semanas anteriores	
2	Entre 4 y 12 semanas	
3	Más de 12 semanas	
0	No existe un sistema rutinario de abasto	
-1	No sabe	



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

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

Collection: DIAGNOSTIC_IMAGING**Contains:** DIAGNOSTIC_IMAGING_1, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC**Show if:** (FAC_TYPE = 4:[Hospital]) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 8:[Área de diagnóstico por imágenes]))

Área de diagnóstico por imagen

Question Block: DIAGNOSTIC_IMAGING_1**Contains:** DIAGNOSTIC_IMAGING_1_1, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_2, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_3, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



91.

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

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

Question Block: DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC**Contains:** DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_1, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_2, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_3, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, funciona	
0	No funciona	
-1	No sabe	



92.

Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

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

Collection: BIO_HAZARD**Contains:** WASTE_DIS, COL_BIOHAZARD**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 9:[Área de disposición de residuos biológico infecciosos])

Área de disposición de desechos biológicos peligrosos

Question: WASTE_DIS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



93. Por favor pida que le enseñen cómo y dónde se desechan los residuos biológicos peligrosos
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

Collection: COL_BIOHAZARD
Contains: REG_WASTE_DIS, AUTOCLAVES
Show if: (WASTE_DIS = 1:[Observado])

Question: REG_WASTE_DIS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar

Question: AUTOCLAVES
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



95. Pida ver los autoclaves.

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

Collection: PHARMACY
Contains: C_PH_CHECK1, C_PH_SUP1, C_PH_CHECK2, C_PH_SUP2, C_PH_CHECK3, C_PH_SUP3, C_PH_CHECK4, C_PH_SUP4
Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 10:[Farmacia])

Farmacia

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar

Collection: C_PH_CHECK1
Contains:

Registre si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_1_AMBN



96. Observado (si/no)

- Hierro ☐
 Acido fólico ☐
 Vacuna antitetánica ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_1_AMB



97. Observado (si/no)

- Hierro ☐
 Acido fólico ☐
 Vacuna antitetánica ☐
 Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos ☐
 Láminas porta objetos ☐
 Nitrofurantoina ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_1_BASIC

98.

Observado (si/no)

Hierro

☐

Acido fólico

☐

Vacuna antitetánica

☐

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

☐

Láminas porta objetos

☐

Nitrofurantoina

☐

Cefalexina

☐**Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_1_COMP**

99.

Observado (si/no)

Hierro

☐

Acido fólico

☐

Vacuna antitetánica

☐

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

☐

Láminas porta objetos

☐

Nitrofurantoina

☐

Cefalexina

☐

Page Break

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_2_AMBN



100. Observado (si/no)

Multivitamínico ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_2_AMB



101. Observado (si/no)

Multivitamínico ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_2_BASIC



102. Observado (si/no)

Multivitamínico ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_2_COMP



103. Observado (si/no)


Multivitamínico ☐

Page Break


Collection: C_PH_SUP1**Contains:**

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


Custom Layout Question: C_PH_SUP1_1_AMBN

-  104. Vacuna antitetánica
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP1_2_AMBN

-  105. Acido folico
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP1_3_AMBN

-  106. Hierro
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP1_4_AMBN

-  107. Multivitamínico
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP1_1_AMB

-  108. Vacuna antitetánica
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_2_AMB

-  109. Acido fólico
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_3_AMB

-  110. Hierro
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_4_AMB

111. Multivitamínico



- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_1_BASIC

112. Vacuna antitetánica
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_2_BASIC

113. Hierro
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_3_BASIC

114. Acido fólico
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_4_BASIC

115. Multivitamínico
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_1_COMP

116. Vacuna antitetánica
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_2_COMP

117. Hierro
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_3_COMP

118. Acido fólico
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_4_COMP



119.

Multivitamínico

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐

Page Break

Collection: C_PH_CHECK2**Contains:**

Anote si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_1_AMBN

120.

Observado (si/no)

- Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐
- Sobres de micronutrientes en polvo ☐
- Sulfato ferroso en gotas o jarabe ☐
- Sulfato de Zinc ☐
- Albendazol ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_1_AMB

121.

Observado (si/no)

- Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐
- Sobres de micronutrientes en polvo ☐
- Sulfato ferroso en gotas o jarabe ☐
- Sulfato de Zinc ☐
- Albendazol ☐
- Amoxicillina ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_1_BC


122.

Observado (si/no)


- Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical ☐
- Ampolleta de Ergometrina 0.2 mg ☐
- Iodopovidona ☐
- Jeringa c/ Aguja Montada (Jeringa insulina) ☐
- Lidocaína s/ ☐
- Metilbromuro ☐
- Oxitocina 5 U.I. / 10 U.I. ☐
- Ringer lactato ☐
- Gotas de cloramfenicol oftálmicas ☐
- Vitamina K 1mg ☐

Page Break


Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_2_AMBN

-  123. Observado (si/no)
Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_3_AMBN

-  124. Observado (si/no)
Gluconato de zinc ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_4_AMBN

-  125. Observado (si/no)
Mebendazol ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_2_AMB

-  126. Observado (si/no)
Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_3_AMB

-  127. Observado (si/no)
Gluconato de Zinc ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_4_AMB

-  128. Observado (si/no)
Mebendazol ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_5_AMB

-  129. Observado (si/no)
Eritromicina ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_2_BC

-  130. Observado (si/no)
Maleato de ergonovina 0.2 mg ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_3_BC

-  131. Observado (si/no)
Epinefrina 2% ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_4_BC

-  132. Observado (si/no)
Butilioscina ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_5_BC

-  133. Observado (si/no)
Methylergonovine 0.2 mg / ml ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_6_BC

-  134. Observado (si/no)

Solution Hartman ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_7_BC



135.

Observado (si/no)

De nitrato de plata al 1% ☐

Page Break

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_6_AMB



136.

Observado (si/no)

Penicilina benzatínica ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_8_BC



137.

Observado (si/no)


Solucion salina ☐

Page Break


Collection: C_PH_SUP2**Contains:**

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


Custom Layout Question: C_PH_SUP2_1_AMBN

-  138. Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes)
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP2_2_AMBN

-  139. Albendazol
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP2_3_AMBN

-  140. Sulfato de Zinc
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP2_4_AMBN

-  141. Mebendazol
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP2_5_AMBN

-  142. Gluconato de Zinc
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_1_AMB

-  143. Sulfato de Zinc
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_2_AMB

-  144. Albendazol
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_3_AMB

145. Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes)



- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_4_AMB

146. Gluconato de Zinc
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_5_AMB

147. Mebendazol
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_1_BC

148. Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_2_BC

149. Oxitocina 5 I.U./ 10 I.U. I
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_3_BC

150. Methylergonovine 0.2 mg / ml
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_4_BC


151. Vitamina K 1mg
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Page Break


Collection: C_PH_CHECK3**Contains:**

Anote si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_1_BASIC


 152.	Observado (si/no)
Dexametasona ampolla	<input type="checkbox"/>
Ampicilina 1 gr. IV vial	<input type="checkbox"/>
Gentamicina 80 mg ampolla/vial	<input type="checkbox"/>
Metronidazol 5 mg/ml (frasco o bolsa de 100 ml)	<input type="checkbox"/>
Sulfato de Magnesio al 10% o 50% ampolla	<input type="checkbox"/>
Hidralazina 20 mg ampolla/vial	<input type="checkbox"/>
Gluconato de calcio 10% ampolla de 10 ml	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_1_COMP


 153.	Observado (si/no)
Dexametasona ampolla	<input type="checkbox"/>
Amikacina sulfato 100mg IM-IV ampolla vial	<input type="checkbox"/>
Bencilpenicilina G cristalina 1000,000 ui. IV frasco ampolla	<input type="checkbox"/>
Ceftriaxona 1gr IV frasco ampolla	<input type="checkbox"/>
Cloranfenicol 1 gr. IV frasco ampolla	<input type="checkbox"/>
Metronidazol 500mg IV 5mg/ml (frasco o bolsa de 100 ml)	<input type="checkbox"/>
Hidralazina clorhidrato 20 mg IM-IV ampolla/vial	<input type="checkbox"/>
Nifedipina 10mg	<input type="checkbox"/>
Sulfato de Magnesio 10% o 50 IV-IM ampolla	<input type="checkbox"/>
Diazepam 10mg IM-IV ampolla	<input type="checkbox"/>
Difenilhidantoina 0.5 – 1 gr ampolla/vial	<input type="checkbox"/>
Gluconato de calcio 10% ampolla de 10 ml	<input type="checkbox"/>

Page Break


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_2_BASIC

-  154. Observado (si/no)
Penicilina Cristalina 1M ampolla ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_3_BASIC

-  155. Observado (si/no)
Amikacina 100g ampolla/vial ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_4_BASIC

-  156. Observado (si/no)
Clindamicina 150 mg/ml ampolla ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_2_COMP

-  157. Observado (si/no)
Betametasona ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_3_COMP

-  158. Observado (si/no)
Gentamicina 80 mg ampolla/vial ampullas ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_4_COMP

-  159. Observado (si/no)
Ampicilina 1gr vial ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_5_COMP


-  160. Observado (si/no)
Clindamicina 150 mg/ml ampolla ☐

Page Break


Collection: C_PH_SUP3**Contains:**

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de esto insumos en los últimos 3 meses


Custom Layout Question: C_PH_SUP3_1_BASIC

-  161. Sulfato de Magnesio al 10% o 50% ampolla
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP3_2_BASIC

-  162. Dexametasona ampolla
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP3_3_BASIC

-  163. Ampicilina 1 gr. IV vial
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP3_4_BASIC

-  164. Penicilina Cristalina 1M ampolla
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


Custom Layout Question: C_PH_SUP3_1_COMP

-  165. Sulfato de Magnesio
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP3_2_COMP

-  166. Diazepam 10mg IM-IV ampolla
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP3_3_COMP

-  167. Dexametasona ampolla
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP3_4_COMP

168. Betametasona



- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP3_5_COMP

169.

Amikacina

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP3_6_COMP

170.

Gentamicina

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Page Break

Collection: C_PH_CHECK4**Contains:**

Anote si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK4_1_BC

171.

Observado (si/no)

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐Sulfato ferroso en gotas ☐Sulfato de Zinc ☐Albendazol ☐Amoxicilina ☐

Page Break

Custom Layout Question: C_PH_CHECK4_2_BC



172.

Observado (si/no)

Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK4_3_BC



173.

Observado (si/no)

Mebendazol ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK4_4_BC



174.

Observado (si/no)

Gluconato de Zinc ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK4_5_BC



175.

Observado (si/no)

Eritromicina ☐

Page Break

Custom Layout Question: C_PH_CHECK4_6_BC



176.

Observado (si/no)

Penicilina benzatínica ☐

Page Break

Collection: C_PH_SUP4**Contains:**

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

Custom Layout Question: C_PH_SUP4_1_BC

177.

Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐**Custom Layout Question:** C_PH_SUP4_2_BC

178.

Albendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐**Custom Layout Question:** C_PH_SUP4_3_BC

179.

Mebendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐**Custom Layout Question:** C_PH_SUP4_4_BC

180.

Sulfato de Zinc

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐**Custom Layout Question:** C_PH_SUP4_5_BC

181.

Gluconato de Zinc

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Page Break

Collection: LAB_SERVICES**Contains:** LAB_ROOM, COL_LAB**Show if:** (FAC_TYPE is-any-of 2:[Centro de Salud] or 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital]) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 11:[Laboratorio]))**Servicios de laboratorio****Question:** LAB_ROOM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área privada con privacidad visual y auditiva	
2	Área no privada con privacidad visual y auditiva	
3	Privacidad visual solamente	
0	Área no privada	
995	Otra	
-1	No hay ese servicio	
-2	Rechazó mostrarlo	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Área privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área no privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Privacidad visual solamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otra
- ☐ No hay ese servicio
- ☐ Rechazó mostrarlo


Page Break

Collection: COL_LAB**Contains:** C_LAB_CHECK_BASIC_, C_LAB_REAG_AVAIL**Show if:** (LAB_ROOM is-any-of 1:[Área privada con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área no privada con privacidad visual y auditiva] or 3:[Privacidad visual solamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otra])


Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar

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


Custom Layout Question: C_LAB_CHECK_AMB

 183.	Observado (si/no)
Kit para prueba rápida de sífilis	<input type="checkbox"/>
Kit para prueba rápida de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>
Tirillas para detección de proteína en orina	<input type="checkbox"/>
Tirillas para detección de glucosa en orina	<input type="checkbox"/>
Kit para prueba de embarazo	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_LAB_CHECK_BASIC

 184.	Observado (si/no)
Kit para prueba rápida de sífilis	<input type="checkbox"/>
Kit para prueba rápida de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>
Tirillas para detección de proteína en orina	<input type="checkbox"/>
Tirillas para detección de glucosa en orina	<input type="checkbox"/>
Hemocue	<input type="checkbox"/>
Microcubetas	<input type="checkbox"/>
Kit para prueba de embarazo	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_LAB_CHECK_COMP

 185.	Observado (si/no)
Microscopio de campo oscuro	<input type="checkbox"/>
Equipo para inmunoensayo de enzimas	<input type="checkbox"/>
Microscopio de fluorescencia	<input type="checkbox"/>
Equipo de análisis de orina	<input type="checkbox"/>
Glucómetro	<input type="checkbox"/>
Contador de células automático	<input type="checkbox"/>

Page Break

Question Block: C_LAB_CHECK_BASIC_

Contains: C_LAB_CHECK_BASIC_DFMICRO, C_LAB_CHECK_BASIC_FLUOR, C_LAB_CHECK_BASIC_URINE, C_LAB_CHECK_BASIC_GLUCO, C_LAB_CHECK_BASIC_CELL, C_LAB_CHECK_BASIC_ENZYME

Required

Show if: (C_LAB_CHECK_BASIC_SYPH = 0) or (C_LAB_CHECK_BASIC_HIV = 0) or (C_LAB_CHECK_BASIC_URINEPRO = 0) or (C_LAB_CHECK_BASIC_BLGLU = 0) or (C_LAB_CHECK_BASIC_HEMO = 0) or (C_LAB_CHECK_BASIC_MICROC = 0) or (C_LAB_CHECK_BASIC_PREG = 0)

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	



186. Indique la disponibilidad de los siguientes equipos e insumos

	Observado	No observado
Microscopio de campo oscuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Microscopio de fluorescencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo para análisis de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glucómetro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contador de células automático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo para inmunoensayo de enzimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page Break

Question Block: C_LAB_REAG_AVAIL

Contains: C_LAB_REAG_AVAIL_FERRI, C_LAB_REAG_AVAIL_SULFO, C_LAB_REAG_AVAIL_PICRIC, C_LAB_REAG_AVAIL_ANTSYPH, C_LAB_REAG_AVAIL_ANTHIV, C_LAB_REAG_AVAIL_CYAN, C_LAB_REAG_AVAIL_ANTICOAG, C_LAB_REAG_AVAIL_BLTYPE, C_LAB_REAG_AVAIL_RH

Required

Show if: (FAC_TYPE is-any-of 3:[CAP / CAIMI] or 4:[Hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 187. Indique la disponibilidad de los siguientes reactivos

	Observado	No observado
Ferricianuro de potasio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido sulfosalicílico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido pícrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cyanmethemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos para grupo sanguíneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos factor Rh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page Break

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

Custom Layout Question: C_LAB_SUP_AMB



188.

Kit para prueba rápida de VIH/SIDA

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_LAB_SUP_BASIC



189.

Kit para prueba rápida de VIH/SIDA

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Page Break

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

Custom Layout Question: C_LAB_SUP_1_BC



190.

Anticoagulantes

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Custom Layout Question: C_LAB_SUP_2_BC



191.

Anticuerpos factor Rh

- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Collection: GENERAL_CONDITIONS

Contains: EMER_GEN_, COL_GEN, C_GEN_TOTALROOMS, COMMENT_CHECKLIST

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 12:[Condiciones generales de la unidad])

Características generales de la unidad de salud

Question: EMER_GEN_

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrarla	



192. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarla

Page Break

Collection: COL_GEN**Contains:** EMER_WORK, EMER_FUEL**Show if:** (EMER_GEN_ = 1:[Observado])**Question:** EMER_WORK**Required****Show if:** (EMER_GEN_ = 1:[Observado])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí, funciona	
0	No funciona	
-1	No sabe	



193. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

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

Question: EMER_FUEL**Required****Show if:** (EMER_GEN_ = 1:[Observado])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	



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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

Page Break

Question Block: C_GEN_TOTALROOMS**Contains:** C_GEN_ROOMS_PREPOST, C_GEN_ROOMS_DEL, C_GEN_ROOMS_FP, C_GEN_ROOMS_CHILD, C_GEN_ROOMS_IMM, C_GEN_ROOMS_VACCOLD, C_GEN_ROOMS_DIAG, C_GEN_ROOMS_BIOH, C_GEN_ROOMS_PHARM, C_GEN_ROOMS_LAB**Required**

195. Por favor anotar un total de cuántas de las siguientes salas se observa

Número de salas:

Sala de atención prenatal y postnatal, y/o consultorio ginecobstetricia	<input type="text"/>
Sala de expulsion o sala de atencion de parto	<input type="text"/>
Área de planificación familiar	<input type="text"/>
Consultorio de atención de niños y/o consultorio pediatría	<input type="text"/>
Área de vacunas	<input type="text"/>
Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)	<input type="text"/>
Área de diagnostic por imágenes	<input type="text"/>
Área de disposición de residuos biológico infecciosos	<input type="text"/>
Farmacia	<input type="text"/>
Laboratorio	<input type="text"/>

Page Break

Question: COMMENT_CHECKLIST
Required



196. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Jump-To: JMP_END_1

Description:

Jump-To-Item: End and Submit

Jump-If: (SELECTION_AREA = 13:[Al final de la encuesta]) and (SURVEY_SUBMIT = 1:[Sí])

Jump-To: JUMP_SELECTION_2

Description:

Jump-To-Item: SELECTION_AREA

Usted ha llegado al final de la encuesta.

Por favor haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. Usted no podrá revisar ninguno de los ingresos luego de hacer clic en el botón "enviar".

Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat