



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_OBSTETRIC

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

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

Page Break

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 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 Cuchumatan	
61	La Laguna / Concepción Tutuapa	
62	Yamoj / Concepción Tutuapa	
63	Choapequez / Ixchiguan	
64	Ixconlaj / Colotenango	
65	Canul / San Miguel Acatán	
66	Tuquinamble / 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 324-2013 / 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	
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:

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_OBSTETRIC
Contains: NEONATAL_COMPLICATIONS

Collection: NEONATAL_COMPLICATIONS
Contains: MRR_NEO_COMP, MRR_NEO_GEN, GEN_COMPL_INFO, NEO_SEPSIS, NEO_LBW, NEO_PRE, NEO_ASP, GEN_DISPOSITION
Show if: (FACILITY_TYPE >= 3)

Complicaciones neonatales

Question: MRR_NEO_COMP
Minimum checks: 1

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

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

Page Break

Collection: MRR_NEO_GEN
Contains: MRR_AGE_BABY, MRR_AGE_MOM, MRR_MOM_LITERACY, MRR_MOM_EDU, MRR_MOM_MAR_STAT

Question: MRR_AGE_BABY
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	Edad en horas:	
1	Edad en días:	
2	Edad en meses:	
3	Edad en años:	
-1	No registrado	

 8. Edad del niño

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

Question: MRR_AGE_MOM
Required

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

 9. Edad de la madre

- Edad:
 No registrado

Question: MRR_MOM_LITERACY
Required

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

 10. Alfabetismo de la madre

- Alfabeta
 Analfabeta
 No registrado

Question: MRR_MOM_EDU
Required

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

 11. Educación de la madre

- Ninguna
 Primaria
 Secundaria
 Preparatoria
 Universidad
 No registrado

Question: MRR_MOM_MAR_STAT
Required

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

 12. Estado civil de la madre

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

Page Break

Collection: GEN_COMPL_INFO**Contains:** NEO_BIRTH_DATE, NEO_BIRTH_TIME, NEO_ADM_DATE, NEO_ADM_TIME, NEO_GESTAGE, NEO_GENDER, NEO_MOMCOMPL**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis] or [Bajo peso al nacer] or [Asf\xeda al nacimiento] or [Prematurez])**Question:** NEO_BIRTH_DATE**Required**

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

 13. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Fecha de nacimiento

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

Question: NEO_BIRTH_TIME**Required**

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

 14. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de nacimiento

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Question: NEO_ADM_DATE**Required**

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

 15. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisi3n

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

Question: NEO_ADM_TIME**Required**

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

 16. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de admisi3n:

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Question: NEO_GESTAGE**Required**

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

 17. Edad gestacional

- Edad: semanas
- No registrado

Question: NEO_GENDER**Required**

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

 18. Sexo

- Masculino
- Femenino
- No registrado

Question: NEO_MOMCOMPL**Minimum checks:** 1

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

- Pre eclampsia
- Eclampsia

- Sepsis
- Hemorragia
- Otra
- Sin complicaciones

Collection: NEO_SEPSIS
Contains: NEO_SEP_BASIC, NEO_SEP_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis])

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

Collection: NEO_SEP_BASIC
Contains: NEO_SEP_BASIC_GEST_ASSESS, NEO_SEP_BASIC_CONSULT, NEO_SEP_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_SEP_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_SEP_BASIC_PROCEDURES, NEO_SEP_BASIC_BREASTFEED, NEO_SEP_BASIC_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Question: NEO_SEP_BASIC_GEST_ASSESS
Minimum checks: 1

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

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

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB1

23.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morfología de neutrófilos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB2

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

(especificar)

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- Si
- No

Auto Page Break

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_SEP_BASIC_CONSULT = 1:[S])

Scale Summary

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

 26. Fecha de revisión

Fecha: (DD/MM/AAAA)

No registrado

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_SEP_BASIC_CONSULT = 1:[S])

Scale Summary

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

 27. Hora de revisión

Hora: (HH:MM)

No registrado

Page Break

Question: NEO_SEP_BASIC_PROCEDURES
Minimum checks: 1

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

- Máscara de oxígeno
- Cámara de oxígeno para recién nacido
- Cánula nasal
- Ventilación mecánica
- Estancia en incubadora
- Otro
- No registrado

Question: NEO_SEP_BASIC_BREASTFEED
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otra	
-1	No registrado	

29. Anote cómo fue alimentado el bebé

- Alimentación al seno materno
- Alimentación intravenosa
- Otra
- No registrado

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_MED

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

Page Break

Question: NEO_SEP_BASIC_MEDICATIONS

Required

Show if: ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) and (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- Si
 No

Page Break

Collection: NEO_SEP_COMP
Contains: NEO_SEP_COMP_CONSULT, NEO_SEP_COMP_CONSULT_DATE, NEO_SEP_COMP_CONSULT_TIME, NEO_SEP_COMP_PROCEDURES, NEO_SEP_COMP_BREASTFEED, NEO_SEP_COMP_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_LAB

33.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ⁹ liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT
Required

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

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

Si

No

No registrado

Auto Page Break

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_SEP_COMP_CONSULT = 1:[Si])

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

 35. Fecha

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

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_SEP_COMP_CONSULT = 1:[Si])

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

 36. Hora

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Page Break

Question: NEO_SEP_COMP_PROCEDURES
Minimum checks: 1

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

- Máscara de oxígeno
- Cámara de oxígeno para recién nacido
- Cánula nasal
- Ventilación mecánica
- Estancia en incubadora
- Otro
- No registrado

Question: NEO_SEP_COMP_BREASTFEED
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otra	
-1	No registrado	

38. Anote cómo fue alimentado el bebé

- Alimentación al seno materno
- Alimentación intravenosa
- Otra
- No registrado

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_MED

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

Page Break

Question: NEO_SEP_COMP_MEDICATIONS
Required
Show if: ((NEO_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OAN = 1) and ((NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) and ((NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME2 = 1) and (NEO_SEP_COMP_MED_ADM_OME3 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

Si
 No

Page Break

Collection: NEO_LBW
Contains: NEO_LBW_BASIC, NEO_LBW_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer])

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

Collection: NEO_LBW_BASIC
Contains: NEO_LBW_BASIC_GEST_METHOD, NEO_LBW_BASIC_CONSULT, NEO_LBW_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_LBW_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES, NEO_LBW_BASIC_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Question: NEO_LBW_BASIC_GEST_METHOD
Minimum checks: 1

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

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_LAB1

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_LAB2

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

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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



- Si
- No

Auto Page Break

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT_DATE**Required****Show if:** (NEO_LBW_BASIC_CONSULT = 1:[SI])**Scale Summary**

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

 46. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT_TIME**Required****Show if:** (NEO_LBW_BASIC_CONSULT = 1:[SI])**Scale Summary**

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

 47. Hora de evaluación

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Page Break

Question: NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES

Minimum checks: 1

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

- Máscara de oxígeno
- Cámara de oxígeno para recién nacido
- Cánula nasal
- Ventilación mecánica
- Estancia en incubadora
- Otro
- No registrado

Question: NEO_LBW_BASIC_BABY_FOOD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

 49. Anote cómo fue alimentado el bebé

- Alimentación al seno materno
- Alimentación intravenosa
- Otro
- No registrado

Page Break

Collection: NEO_LBW_COMP
Contains: NEO_LBW_COMP_CONSULT, NEO_LBW_COMP_CONSULT_DATE, NEO_LBW_COMP_CONSULT_TIME, NEO_LBW_COMP_PROCEDURES, NEO_LBW_COMP_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_LAB1

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_LAB2

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

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

Si

No

Auto Page Break

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_LBW_COMP_CONSULT = 1:[Si])

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

 54. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_LBW_COMP_CONSULT = 1:[Si])

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

 55. Hora de evaluación

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Page Break

Question: NEO_LBW_COMP_PROCEDURES

Minimum checks: 1

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

- Máscara de oxígeno
- Cámara de oxígeno para recién nacido
- Cánula nasal
- Ventilación mecánica
- Estancia en incubadora
- Otro
- No registrado

Question: NEO_LBW_COMP_BABY_FOOD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

 57. Anote cómo fue alimentado el bebé

- Alimentación al seno materno
- Alimentación intravenosa
- Otro
- No registrado

Page Break

Collection: NEO_PRE
Contains: NEO_PRE_BASIC, NEO_PRE_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Prematurez])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.

Collection: NEO_PRE_BASIC
Contains: NEO_PRE_BASIC_GEST_METHOD, NEO_PRE_BASIC_CONSULT, NEO_PRE_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_PRE_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES, NEO_PRE_BASIC_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Question: NEO_PRE_BASIC_GEST_METHOD
Minimum checks: 1

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

- FUM
- ECO
- Test de Ballard
- Perímetro cefálico
- Altura uterina
- Otro
- No registrado

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_LAB1

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_LAB2

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

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

-1 No registrado

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

- Si
- No
- No registrado

Auto Page Break

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_PRE_BASIC_CONSULT = 1:[Sij])

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

 63. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_PRE_BASIC_CONSULT = 1:[Sij])

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

 64. Hora de evaluación

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Page Break

Question: NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES

Minimum checks: 1

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

- Máscara de oxígeno
- Cámara de oxígeno para recién nacido
- Cánula nasal
- Ventilación mecánica
- Estancia en incubadora
- Otro
- No registrado

Question: NEO_PRE_BASIC_BABY_FOOD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

 66. Anote cómo fue alimentado el bebé

- Alimentación al seno materno
- Alimentación intravenosa
- Otro
- No registrado

Page Break

Collection: NEO_PRE_COMP
Contains: NEO_PRE_COMP_CONSULT, NEO_PRE_COMP_CONSULT_DATE, NEO_PRE_COMP_CONSULT_TIME, NEO_PRE_COMP_PROCEDURES, NEO_PRE_COMP_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_LAB1

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_LAB2

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

Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

Si

No

Auto Page Break

Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_PRE_COMP_CONSULT = 1:[Si])

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

 71. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_PRE_COMP_CONSULT = 1:[Si])

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

 72. Hora de evaluación

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Page Break

Question: NEO_PRE_COMP_PROCEDURES

Minimum checks: 1

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

- Máscara de oxígeno
- Cámara de oxígeno para recién nacido
- Cánula nasal
- Ventilación mecánica
- Estancia en incubadora
- Otro
- No registrado

Question: NEO_PRE_COMP_BABY_FOOD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

 74. Anote cómo fue alimentado el bebé

- Alimentación al seno materno
- Alimentación intravenosa
- Otro
- No registrado

Page Break

Collection: NEO_ASP
Contains: NEO_ASP_BASIC, NEO_ASP_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Asfisia al nacimiento])

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

Collection: NEO_ASP_BASIC
Contains: NEO_ASP_BASIC_GEST_ASSESS, NEO_ASP_BASIC_CONSULT, NEO_ASP_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_ASP_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_ASP_BASIC_BABY_HAVE, NEO_ASP_BASIC_PROCEDURES, NEO_ASP_BASIC_BREASTFEED, NEO_ASP_BASIC_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Question: NEO_ASP_BASIC_GEST_ASSESS

Minimum checks: 1

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

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_LAB1

78.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10^9 /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10^9 /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_LAB2

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

(especificar)

Otro

(especificar)

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- Si
- No

Auto Page Break

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_ASP_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

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

 81. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_ASP_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

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

 82. Hora de evaluación

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Page Break

Question: NEO_ASP_BASIC_BABY_HAVE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Apnea	
2	Meconio	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

83. Añote si tuvo el bebé los siguientes:

- Apnea
- Meconio
- Otro (especificar)
- No registrado

Question: NEO_ASP_BASIC_PROCEDURES

Minimum checks: 1

84. Añote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- Ventilación con presión positive
- Oxígeno al 100%
- Succión de secreciones
- Otro
- No registrado

Question: NEO_ASP_BASIC_BREASTFEED

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otra	
-1	No registrado	

85. Añote cómo fue alimentado el bebé

- Alimentación al seno materno
- Alimentación intravenosa
- Otra
- No registrado

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_MED

86.

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

Page Break

Question: NEO_ASP_BASIC_MEDICATIONS

Required

Show if: ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) and (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- Si
 No

Page Break

Collection: NEO_ASP_COMP
Contains: NEO_ASP_COMP_CONSULT, NEO_ASP_COMP_CONSULT_DATE, NEO_ASP_COMP_CONSULT_TIME, NEO_ASP_COMP_RADIOGRAPHY, NEO_ASP_COMP_PROCEDURES, NEO_ASP_COMP_BREASTFEED, NEO_ASP_COMP_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_CHECK1

88.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_LAB1

90.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ⁹ /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ⁹ /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_LAB2

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

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Si	
0	No	

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

- Si
 No

Auto Page Break

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_ASP_COMP_CONSULT = 1:{Si})

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

 93. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_ASP_COMP_CONSULT = 1:{Si})

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

 94. Hora de evaluación

- Hora: (HH:MM)
- No registrado

Page Break

Question: NEO_ASP_COMP_RADIOGRAPHY
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

95. Anote si se tomó una radiografía de tórax

Si
 No

Question: NEO_ASP_COMP_PROCEDURES
Minimum checks: 1

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

- Máscara de oxígeno
- Cámara de oxígeno para recién nacido
- Cánula nasal
- Ventilación mecánica
- Estancia en incubadora
- Otro
- No registrado

Question: NEO_ASP_COMP_BREASTFEED
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otra	
-1	No registrado	

97. Anote cómo fue alimentado el bebé

Alimentación al seno materno
 Alimentación intravenosa
 Otra
 No registrado

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_MED

98.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicillina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

Question: NEO_ASP_COMP_MEDICATIONS

Required

Show if: ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and (((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME3 = 1)))) or ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1) and (((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME3 = 1)))) or ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) and ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME2 = 1) and (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME3 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- Si
- No

Page Break

Collection: GEN_DISPOSITION**Contains:** NEO_DISPOSITION, NEO_SEP_REF_REAS, NEO_LBW_REF_REAS, NEO_PRE_REF_REAS, NEO_ASP_REF_REAS, NEO_REF_HOW, NEO_DIS_DATE, NEO_DIS_TIME, NEO_DEATH_DATE, NEO_DEATH_TIME**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis] or [Bajo peso al nacer] or [Asfixia al nacimiento] or [Prematurez])**Question:** NEO_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	

 100. 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: NEO_SEP_REF_REAS
Minimum checks: 1
Show if: (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis])

 101. SEPSIS

Razón por la que fue referido el bebé:

- Alta temperatura
- Alta cuenta leucocitaria
- Hipoglucemia
- Hiperglicemia
- Otro
- No registrado

Question: NEO_LBW_REF_REAS
Minimum checks: 1
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

 102. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue referido el bebé:

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

Question: NEO_PRE_REF_REAS
Minimum checks: 1
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Prematurez]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

 103. PREMATUREZ

Razón por la que fue referido el bebé:

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

Question: NEO_ASP_REF_REAS
Minimum checks: 1
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Asfisia al nacimiento]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

 104. ASFIXIA AL NACIMIENTO

Razón por la que fue referido el bebé:

- Alta temperatura
- Bajo puntaje APGAR
- Hipoglucemia
- Hiperglicemia
- Otro
- No registrado

Question: NEO_REF_HOW
Minimum checks: 1
Show if: (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer] or [Prematurez])

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

- Incubadora
- Administración de oxígeno
- Otro
- No registrado

Question: NEO_DIS_DATE
Required
Show if: (NEO_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	

-  106. Fecha de egreso/referencia
- Fecha: (DD/MM/AAAA)
 - No registrado

Question: NEO_DIS_TIME
Required
Show if: (NEO_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	

-  107. Hora de egreso/referencia
- Hora: (HH:MM)
 - No registrado

Question: NEO_DEATH_DATE
Required
Show if: (NEO_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary

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

-  108. Fecha de defunción
- Fecha: (DD/MM/AAAA)
 - No registrado

Question: NEO_DEATH_TIME
Required
Show if: (NEO_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary

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

-  109. Hora de defunción
- Hora: (HH:MM)
 - No registrado

Page Break

Question: COMMENT_NEONATAL
Required

110. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha llegado al final de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat