



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_TYPE_UNIT, MRR_NAME_REG, MRR_FACILITY_ID, MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2

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

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Puesto de Salud	
2	Centro de salud (sin camas)	
3	Centro de salud (con camas)	
4	Hospital primario	
5	Hospital departamental	
6	Hospital regional	

1. Tipo de unidad médica

- ☐ Puesto de Salud
☐ Centro de salud (sin camas)
☐ Centro de salud (con camas)
☐ Hospital primario
☐ Hospital departamental
☐ Hospital regional

Question: MRR_NAME_REG
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Jinotega	
2	Matagalpa	
3	RAAN	
4	Madriz	
5	RAAS	
6	Chontales	

2. Nombre del región

- ☐ Jinotega
☐ Matagalpa
☐ RAAN
☐ Madriz
☐ RAAS
☐ Chontales

Question: MRR_FACILITY_ID

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Héroes y Mártires del Cua (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
179	Vesubio Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
2	Santa Rosa (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
180	Aguas Claras Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
3	El Golfo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
181	El Lajon Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
4	El Bote (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
182	Kukayala Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
5	La Lana (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
183	Victinia 1 Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
6	Bocaycito (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
184	Ernesto Hodgson Write Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
7	Pedernales (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
185	Nuevo Amanecer (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
8	Abisinia (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
186	Sisin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
9	Pita del Carmen (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
187	Betania Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
10	El Cedro (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
188	Lapan Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
11	Ambrosio Mogorrón (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
189	Dakban Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
12	Wisuh (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
190	Kligna Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
13	Amak (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
191	Kahka Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
14	Ayapal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
192	Wawa Bar Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
15	El Tigre (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
193	Auhya Pihni Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
16	Bocas de Atapal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
194	Sukatpin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
17	Bocas de Wina (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
195	Lidaukra Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
18	San Juan (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
196	Rahawawatla Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
19	Guillermo Matute Cua (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
197	Krukira Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
20	La Colonia (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
198	Santa Marta Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
21	Asturias (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
199	Ninayari Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
22	Cacao (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
200	Awastara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
23	Mancotal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
201	Yulo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
24	Sisle (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
202	Lamlaya Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
25	San Judas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
203	Karata Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
26	Llano de la Tejera (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
204	Pahra Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
27	Ernesto Acuña (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
205	Tuapi Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
28	Pueblo Nuevo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
206	Boom Sirpi Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
29	Urbano(Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
207	Kwakwill Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
30	Los Alpes (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
208	Sagnilaya Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
31	La Reforma (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
209	Maniwatla Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
32	Datanli (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])

210	Tuara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
33	Santa Lastenia (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
211	Dakra Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
34	La Fundadora (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
212	Sahsa Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
35	Victoria Motta (Amín Halum) (hospital)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
213	Sumubila Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
36	Vida Joven (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
214	Kamla Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
37	Las Lomas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
215	Kwamwatla Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
38	Flor de María Chavarria (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
216	Walpasixa Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
39	El Coyolito (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
217	Wauhta Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
40	Las Quebradas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
218	Rosario Pravia Medina (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
41	La Mora (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
219	Oconwas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
42	Nelson Rodríguez (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
220	Risco de Oro Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
43	Bijawal(Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
221	Banacruz Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
44	La Rica (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
222	El Empalme Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
45	La Pavona (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
223	Wasakin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
46	Las Vegas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
224	Susun Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
47	Santa Elena (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
225	Las Breñas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
48	Odorico de Andrea (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
226	Santa Maria Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
49	Sacacli (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
227	Fruta de Pan Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
50	San Marcos (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
228	Carlos Centeno (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
51	El Plantel (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
229	Santa Rita Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
52	Adelina Ortega Castro (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
230	Guineo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
53	Planes de Vilan (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
231	Cooperna Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
54	Loma Alta Arriba (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
232	Tadzana Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
55	El Corozal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
233	Wany Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
56	Tamalaque (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
234	El Hormiguero Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
57	Zompopera (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
235	Peñas Blancas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
58	Jiquelete (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
236	Floripon Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
59	Jorge Navarro (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
237	Mongallo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
60	El Carmen (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
238	Union Labu Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
61	Walakitan (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
239	Sikita Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
62	San Andrés de Bocay (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
240	Las Quebradas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
63	Wablan (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
241	El Guayabo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
64	Maleconcito (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])

242	Campo Uno Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
65	Plan de Grama (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
243	Zapota Kum (Nuevo) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
66	Yakalpanani (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
244	Rosa Grande (antes Santa Rosa) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
67	Boca de Wamblán (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
245	Oswaldo Padilla hospital	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
68	El Subterráneo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
246	Saklin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
69	Somotignes (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
247	Asang Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
70	Rubén Darío I (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
248	Tronquera Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
71	Puertas Viejas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
249	San Jerónimo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
72	Dulce Nombre de Jesús (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
250	Bilwaskarma Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
73	Totumbra (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
251	Sixayari Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
74	Las Cañas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
252	Francia Sirpi Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
75	Llanos de Tamalapa (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
253	Wiwinack Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
76	Las Calabazas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
254	La Esperanza Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
77	El Cacao (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
255	San Carlos Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
78	Casas Viejas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
256	Sang Sang Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
79	El Prado (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
257	Bismona Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
80	Trujillo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
258	Livingkrick Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
81	San Juanillo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
259	Andres tara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
82	Las Mesas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
260	Kisalaya Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
83	Valle San Juan (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
261	Saupuka Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
84	Maunica (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
262	Koom Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
85	El Terrero (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
263	Tuskirusirpi Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
86	Rubén Darío II (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
264	Awastigni Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
87	Margarita Solano Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
265	Santa Clara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
88	El Rodeo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
266	Miguel Bikan Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
89	El Portón (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
267	Wasla Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
90	Cumaika (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
268	Tuskrutara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
91	Piedras Largas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
269	Kiwastara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
92	Policlínico Trinidad Guevara Nárvaez (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
270	Sawa Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
93	Lacayo Farfán (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
271	Raity Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
94	El Progreso1 (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
272	San Pedro Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])

95	El Progreso2 (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
273	Pihpilia Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
96	Primero de Mayo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
274	San Alberto Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
97	Jucuapa Abajo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
275	Laguntara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
98	Quebrada Honda (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
276	Santa Fe Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
99	Solingalpa (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
277	Kitaski Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
100	El Matasano (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
278	Uhri Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
101	Palcila (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
279	Klar Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
102	La Corneta (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
280	Andres Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
103	Guanuca (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
281	Klisnack Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
104	Las Escaleras (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
282	Krin – Krin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
105	Molino Norte (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
283	Wisconsin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
106	Wuppertal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
284	Cabo Viejo (antes Cabo Gracias) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
107	Las Baquitas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
285	Tasba Pain (Nuevo) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
108	Jucuapa Centro(Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
286	Kuiwitngni (Nuevo) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
109	Cesar Amador Molina (hospital)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
287	Leymus Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
110	San José (hospital)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
288	Kururia Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
111	Pancasán Matiguás (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
289	Prinzapolka (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
112	La Patriota (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
290	El corozo (Nuevo) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
113	Salto de la Olla (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
291	Silibila (Nuevo) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
114	El Jobo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
292	Prinzapolka Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
115	El Corozo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
293	Layasixa Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
116	Likia (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
294	Walpasiksa Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
117	San Benito de Palermo (Muy Muy) (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
295	Halover Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
118	Emiliano Pérez (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
296	Wontabar Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
119	Jesús Bermúdez (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
297	Kukalaya Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
120	Juan C. Flores (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
298	Alamikangba Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
121	Rancho Grande Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])

299	Comandante Carlos Fonseca (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
122	Las Brisas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
300	Puesto de Salud Unikuas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
123	Kuskawas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
301	Puesto de Salud Lisawe Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
124	Colonia Agrícola (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
302	Puesto de Salud Santa Rita Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
125	Denis Gutiérrez Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
303	Puesto de Salud Peñas Blancas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
126	Manceras (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
304	Silvia Ferrufino (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
127	Wanawas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
305	Haydee Meneses (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
128	San Andrés de Bobosque (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
306	Ducuali (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
129	San José de Paiwas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
307	Cusmaji (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
130	San Dionisio Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
308	La Plazuela(Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
131	Los Limones (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
309	Héroes y Mártires de Cusmap (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
132	Susulí (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
310	El Carrizo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
133	El Carrizal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
311	El Mamey (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
134	Junquillo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
312	San Juan de Río Coco (hospital)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
135	Ocote Arriba (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
313	Luis Felipe Moncada (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
136	Manuel Orozco Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
314	Samarcanda (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
137	Santa Bárbara (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
315	San Lucas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
138	Las Mangas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
316	Ojoche (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
139	Soledad de la Cruz (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
317	Quibuto (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
140	La Sidra (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
318	Cerro Blanco Abajo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
141	San Andrés (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
319	El Carmen (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
142	Santa Rosa (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
320	Las Cañas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
143	Lucrecia Lindo Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
321	Patio Grande (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
144	El Horno Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
322	Héroes y Mártires (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
145	Guadalupe Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
323	El Apante (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
146	Piedra Colorada Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
324	Las Lajitas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
147	Samulalí Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
325	Jairo Bismark Moncada (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
148	Yasica Sur Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
326	Hermanos Martínez (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
149	Pueblo Viejo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
327	El Cairo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
150	Apatite Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
328	San Juan de Somoto (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
151	El Chile Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
329	La Playa (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])

152	Sébaco I Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
330	Yarage (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
153	Chaguitillo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
331	Santa Isabel (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
154	La China Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
332	Juan Antonio Brenes (hospital)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
155	Molino Sur Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
333	Julio Martínez Obando (hospital)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
156	Agua Sarca Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
334	El Pericón (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
157	Las Pozas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
335	Santo Domingo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
158	Sabana Verde Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
336	El Carbonal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
159	Sebaco Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
337	San Francisco (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
160	El Naranjo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
338	Villa Austria(Inactivo) (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
161	Francisco Buitrago Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
339	San Jerónimo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
162	Montaña Grande Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
340	Ernesto Che Guevara (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
163	Cuajiniquil Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
341	Cuje (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
164	Bernadina Díaz Ochoa (hospital)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
342	Cayantu (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
165	Santa Luz Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
343	Sabana Grande (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
166	La Tronca Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
344	Santo Domingo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
167	El Tuma Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
345	William Pacheco (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
168	Guapotal Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
346	Chaguite (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
169	La Mora Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
347	El Ayote (Centro de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
170	Fidel Ventura (hospital)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
348	El Jobo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
171	Zinica Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
349	El Móvil (puesto de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
172	Puerto Viejo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
350	Nueva Luz (Centro de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
173	Kaskita Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
351	Poza Redonda (puesto de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
174	Kubalí Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
352	Providencia (puesto de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
175	Esteban Jaens Serrano (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
353	San Isidr puesto de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
176	Musawas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
999	Otro (especificar)	
177	Españolina Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
-1	No sabe	
178	Mukuswas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])

3. Identificación del centro:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Héroes y Mártires del Cua (Centro de Salud) | <input type="radio"/> Vesubio Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Santa Rosa (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Aguas Claras Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Golfo (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> El Lajon Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Bote (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Kukayala Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> La Lana (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Victoria 1 Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Bocaycito (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Ernesto Hodgson Write Centro de Salud) |

- ☐ Pedernales (Puesto de Salud)
- ☐ Abisinia (Puesto de Salud)
- ☐ Pita del Carmen (Puesto de Salud)
- ☐ El Cedro (Puesto de Salud)
- ☐ Ambrosio Mogorrón (Centro de Salud)
- ☐ Wisuh (Puesto de Salud)
- ☐ Amak (Puesto de Salud)
- ☐ Ayapal (Puesto de Salud)
- ☐ El Tigre (Puesto de Salud)
- ☐ Bocas de Atapal (Puesto de Salud)
- ☐ Bocas de Wina (Puesto de Salud)
- ☐ San Juan (Puesto de Salud)
- ☐ Guillermo Matute Cua (Centro de Salud)
- ☐ La Colonia (Puesto de Salud)
- ☐ Asturias (Puesto de Salud)
- ☐ Cacao (Puesto de Salud)
- ☐ Mancotal (Puesto de Salud)
- ☐ Sisle (Puesto de Salud)
- ☐ San Judas (Puesto de Salud)
- ☐ Llano de la Tejera (Puesto de Salud)
- ☐ Ernesto Acuña (Puesto de Salud)
- ☐ Pueblo Nuevo (Puesto de Salud)
- ☐ Urbano(Puesto de Salud)
- ☐ Los Alpes (Puesto de Salud)
- ☐ La Reforma (Puesto de Salud)
- ☐ Datanli (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Lastenia (Puesto de Salud)
- ☐ La Fundadora (Puesto de Salud)
- ☐ Victoria Motta (Amin Halum) (hospital)
- ☐ Vida Joven (Puesto de Salud)
- ☐ Las Lomas (Puesto de Salud)
- ☐ Flor de María Chavarria (Centro de Salud)
- ☐ El Coyolito (Puesto de Salud)
- ☐ Las Quebradas (Puesto de Salud)
- ☐ La Mora (Puesto de Salud)
- ☐ Nelson Rodríguez (Centro de Salud)
- ☐ Bijawal(Puesto de Salud)
- ☐ La Rica (Puesto de Salud)
- ☐ La Pavona (Puesto de Salud)
- ☐ Las Vegas (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Elena (Puesto de Salud)
- ☐ Odorico de Andrea (Centro de Salud)
- ☐ Sacacli (Puesto de Salud)
- ☐ San Marcos (Puesto de Salud)
- ☐ El Plantel (Puesto de Salud)
- ☐ Adelina Ortega Castro (Centro de Salud)
- ☐ Planes de Vilan (Puesto de Salud)
- ☐ Loma Alta Arriba (Puesto de Salud)
- ☐ El Corozal (Puesto de Salud)
- ☐ Tamalaque (Puesto de Salud)
- ☐ Zompopera (Puesto de Salud)
- ☐ Jiquelete (Puesto de Salud)
- ☐ Jorge Navarro (Centro de Salud)
- ☐ El Carmen (Puesto de Salud)
- ☐ Walakitan (Puesto de Salud)
- ☐ San Andrés de Bocay (Puesto de Salud)
- ☐ Nuevo Amanecer (hospital)
- ☐ Sisín Puesto de Salud)
- ☐ Betania Puesto de Salud)
- ☐ Lapan Puesto de Salud)
- ☐ Dakban Puesto de Salud)
- ☐ Kligna Puesto de Salud)
- ☐ Kahka Puesto de Salud)
- ☐ Wawa Bar Puesto de Salud)
- ☐ Auhya Pihni Puesto de Salud)
- ☐ Sukatpin Puesto de Salud)
- ☐ Lidaukra Puesto de Salud)
- ☐ Rahawawatla Puesto de Salud)
- ☐ Krukira Puesto de Salud)
- ☐ Santa Marta Puesto de Salud)
- ☐ Ninayari Puesto de Salud)
- ☐ Awastara Puesto de Salud)
- ☐ Yulo Puesto de Salud)
- ☐ Lamlaya Puesto de Salud)
- ☐ Karata Puesto de Salud)
- ☐ Pahra Puesto de Salud)
- ☐ Tuapi Puesto de Salud)
- ☐ Boom Sirpi Puesto de Salud)
- ☐ Kwakwill Puesto de Salud)
- ☐ Sagnilaya Puesto de Salud)
- ☐ Maniwatla Puesto de Salud)
- ☐ Tuara Puesto de Salud)
- ☐ Dakra Puesto de Salud)
- ☐ Sahsa Puesto de Salud)
- ☐ Sumubila Puesto de Salud)
- ☐ Kamla Puesto de Salud)
- ☐ Kwamwatla Puesto de Salud)
- ☐ Walpasixa Puesto de Salud)
- ☐ Wauhta Puesto de Salud)
- ☐ Rosario Pravia Medina (hospital)
- ☐ Oconwas Puesto de Salud)
- ☐ Risco de Oro Puesto de Salud)
- ☐ Banacruz Puesto de Salud)
- ☐ El Empalme Puesto de Salud)
- ☐ Wasakin Puesto de Salud)
- ☐ Susun Puesto de Salud)
- ☐ Las Breñas Puesto de Salud)
- ☐ Santa María Puesto de Salud)
- ☐ Fruta de Pan Puesto de Salud)
- ☐ Carlos Centeno (hospital)
- ☐ Santa Rita Puesto de Salud)
- ☐ Guineo Puesto de Salud)
- ☐ Cooperna Puesto de Salud)
- ☐ Tadazna Puesto de Salud)
- ☐ Wany Puesto de Salud)
- ☐ El Hormiguero Puesto de Salud)
- ☐ Peñas Blancas Puesto de Salud)
- ☐ Floripon Puesto de Salud)
- ☐ Mongallo Puesto de Salud)
- ☐ Union Labu Puesto de Salud)
- ☐ Sikita Puesto de Salud)
- ☐ Las Quebradas Puesto de Salud)

- ☐ Wablan (Puesto de Salud)
- ☐ Maleconcito (Puesto de Salud)
- ☐ Plan de Grama (Puesto de Salud)
- ☐ Yakalpanani (Puesto de Salud)
- ☐ Boca de Wamblán (Puesto de Salud)
- ☐ El Subterráneo (Puesto de Salud)
- ☐ Somotignes (Puesto de Salud)
- ☐ Rubén Darío I (Centro de Salud)
- ☐ Puertas Viejas (Puesto de Salud)
- ☐ Dulce Nombre de Jesús (Puesto de Salud)
- ☐ Totumbra (Puesto de Salud)
- ☐ Las Cañas (Puesto de Salud)
- ☐ Llanos de Tamalapa (Puesto de Salud)
- ☐ Las Calabazas (Puesto de Salud)
- ☐ El Cacao (Puesto de Salud)
- ☐ Casas Viejas (Puesto de Salud)
- ☐ El Prado (Puesto de Salud)
- ☐ Trujillo (Puesto de Salud)
- ☐ San Juanillo (Puesto de Salud)
- ☐ Las Mesas (Puesto de Salud)
- ☐ Valle San Juan (Puesto de Salud)
- ☐ Maunica (Puesto de Salud)
- ☐ El Terrero (Puesto de Salud)
- ☐ Rubén Darío II (Puesto de Salud)
- ☐ Margarita Solano Centro de Salud)
- ☐ El Rodeo (Puesto de Salud)
- ☐ El Portón (Puesto de Salud)
- ☐ Cumaika (Puesto de Salud)
- ☐ Piedras Largas (Puesto de Salud)
- ☐ Policlínico Trinidad Guevara Nárvaez (Centro de Salud)
- ☐ Lacayo Farfán (Centro de Salud)
- ☐ El Progreso1 (Puesto de Salud)
- ☐ El Progreso2 (Puesto de Salud)
- ☐ Primero de Mayo (Puesto de Salud)
- ☐ Jucuapa Abajo (Puesto de Salud)
- ☐ Quebrada Honda (Puesto de Salud)
- ☐ Solingalpa (Puesto de Salud)
- ☐ El Matasano (Puesto de Salud)
- ☐ Palcila (Puesto de Salud)
- ☐ La Corneta (Puesto de Salud)
- ☐ Guanuca (Puesto de Salud)
- ☐ Las Escaleras (Puesto de Salud)
- ☐ Molino Norte (Puesto de Salud)
- ☐ Wuppertal (Puesto de Salud)
- ☐ Las Baquitas (Puesto de Salud)
- ☐ Jucuapa Centro(Puesto de Salud)
- ☐ Cesar Amador Molina (hospital)
- ☐ San José (hospital)
- ☐ Pancasán Matiguás (Puesto de Salud)
- ☐ La Patriota (Puesto de Salud)
- ☐ Salto de la Olla (Puesto de Salud)
- ☐ El Guayabo Puesto de Salud)
- ☐ Campo Uno Puesto de Salud)
- ☐ Zapota Kum (Nuevo) Puesto de Salud)
- ☐ Rosa Grande (antes Santa Rosa) Puesto de Salud)
- ☐ Oswaldo Padilla hospital
- ☐ Saklin Puesto de Salud)
- ☐ Asang Puesto de Salud)
- ☐ Tronquera Puesto de Salud)
- ☐ San Jerónimo Puesto de Salud)
- ☐ Bilwaskarma Puesto de Salud)
- ☐ Sixayari Puesto de Salud)
- ☐ Francia Sirpi Puesto de Salud)
- ☐ Wiwinack Puesto de Salud)
- ☐ La Esperanza Puesto de Salud)
- ☐ San Carlos Puesto de Salud)
- ☐ Sang Sang Puesto de Salud)
- ☐ Bismona Puesto de Salud)
- ☐ Livingkrick Puesto de Salud)
- ☐ Andres tara Puesto de Salud)
- ☐ Kisalaya Puesto de Salud)
- ☐ Saupuka Puesto de Salud)
- ☐ Koom Puesto de Salud)
- ☐ Tuskrusirpi Puesto de Salud)
- ☐ Awastigni Puesto de Salud)
- ☐ Santa Clara Puesto de Salud)
- ☐ Miguel Bikan Puesto de Salud)
- ☐ Wasla Puesto de Salud)
- ☐ Tuskrutara Puesto de Salud)
- ☐ Kiwastara Puesto de Salud)
- ☐ Sawa Puesto de Salud)
- ☐ Raity Puesto de Salud)
- ☐ San Pedro Puesto de Salud)
- ☐ Pilhpilia Puesto de Salud)
- ☐ San Alberto Puesto de Salud)
- ☐ Laguntara Puesto de Salud)
- ☐ Santa Fe Puesto de Salud)
- ☐ Kitaski Puesto de Salud)
- ☐ Uhri Puesto de Salud)
- ☐ Klar Puesto de Salud)
- ☐ Andres Puesto de Salud)
- ☐ Klisnack Puesto de Salud)
- ☐ Krin – Krin Puesto de Salud)
- ☐ Wisconsin Puesto de Salud)
- ☐ Cabo Viejo (antes Cabo Gracias) Puesto de Salud)
- ☐ Tasba Pain (Nuevo) Puesto de Salud)
- ☐ Kuiwitngni (Nuevo) Puesto de Salud)
- ☐ Leymus Puesto de Salud)
- ☐ Kururia Puesto de Salud)
- ☐ Prinzapolka (hospital)
- ☐ El corozo (Nuevo) Puesto de Salud)
- ☐ Silibila (Nuevo) Puesto de Salud)

- ☐ El Jobo (Puesto de Salud)
- ☐ El Corozo (Puesto de Salud)
- ☐ Likia (Puesto de Salud)
- ☐ San Benito de Palermo (Muy Muy) (Centro de Salud)
- ☐ Emiliano Pérez (Centro de Salud)
- ☐ Jesús Bermúdez (Puesto de Salud)
- ☐ Juan C. Flores (Puesto de Salud)
- ☐ Rancho Grande Centro de Salud)
- ☐ Las Brisas (Puesto de Salud)
- ☐ Kuskawas (Puesto de Salud)
- ☐ Colonia Agrícola (Puesto de Salud)
- ☐ Denis Gutiérrez Centro de Salud
- ☐ Manceras (Puesto de Salud)
- ☐ Wanawas (Puesto de Salud)
- ☐ San Andrés de Bobosque (Puesto de Salud)
- ☐ San José de Paiwas (Puesto de Salud)
- ☐ San Dionisio Centro de Salud
- ☐ Los Limones (Puesto de Salud)
- ☐ Susulí (Puesto de Salud)
- ☐ El Carrizal (Puesto de Salud)
- ☐ Junquillo (Puesto de Salud)
- ☐ Ocote Arriba (Puesto de Salud)
- ☐ Manuel Orozco Centro de Salud
- ☐ Santa Bárbara (Puesto de Salud)
- ☐ Las Mangas (Puesto de Salud)
- ☐ Soledad de la Cruz (Puesto de Salud)
- ☐ La Sidra (Puesto de Salud)
- ☐ San Andrés (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Rosa (Puesto de Salud)
- ☐ Lucrecia Lindo Centro de Salud
- ☐ El Horno Puesto de Salud)
- ☐ Guadalupe Puesto de Salud)
- ☐ Piedra Colorada Puesto de Salud)
- ☐ Samulalí Puesto de Salud)
- ☐ Yasica Sur Puesto de Salud)
- ☐ Pueblo Viejo Puesto de Salud)
- ☐ Apatite Puesto de Salud)
- ☐ El Chile Puesto de Salud)
- ☐ Sébaco I Centro de Salud
- ☐ Chaguitillo Puesto de Salud)
- ☐ La China Puesto de Salud)
- ☐ Molino Sur Puesto de Salud)
- ☐ Agua Sarca Puesto de Salud)
- ☐ Las Pozas Puesto de Salud)
- ☐ Sabana Verde Puesto de Salud)
- ☐ Sebaco Puesto de Salud)
- ☐ El Naranjo Puesto de Salud)
- ☐ Francisco Buitrago Centro de Salud)
- ☐ Montaña Grande Puesto de Salud)
- ☐ Cuajiniquil Puesto de Salud)
- ☐ Bernadina Díaz Ochoa (hospital)
- ☐ Santa Luz Puesto de Salud)
- ☐ La Tronca Puesto de Salud)
- ☐ El Tuma Puesto de Salud)
- ☐ Prinzipolka Puesto de Salud)
- ☐ Layasixa Puesto de Salud)
- ☐ Walpasiksa Puesto de Salud)
- ☐ Halover Puesto de Salud)
- ☐ Wontabar Puesto de Salud)
- ☐ Kukalaya Puesto de Salud)
- ☐ Alamikangba Puesto de Salud)
- ☐ Comandante Carlos Fonseca (hospital)
- ☐ Puesto de Salud Unikuas Puesto de Salud)
- ☐ Puesto de Salud Lisawe Puesto de Salud)
- ☐ Puesto de Salud Santa Rita Puesto de Salud)
- ☐ Puesto de Salud Peñas Blancas Puesto de Salud)
- ☐ Silvia Ferrufino (Centro de Salud)
- ☐ Haydee Meneses (Centro de Salud)
- ☐ Ducuali (Puesto de Salud)
- ☐ Cusmaji (Puesto de Salud)
- ☐ La Plazuela(Puesto de Salud)
- ☐ Héroes y Mártires de Cusmap (Centro de Salud)
- ☐ El Carrizo (Puesto de Salud)
- ☐ El Mamey (Puesto de Salud)
- ☐ San Juan de Río Coco (hospital)
- ☐ Luis Felipe Moncada (Centro de Salud)
- ☐ Samarcanda (Puesto de Salud)
- ☐ San Lucas (Puesto de Salud)
- ☐ Ojoche (Puesto de Salud)
- ☐ Quibuto (Puesto de Salud)
- ☐ Cerro Blanco Abajo (Puesto de Salud)
- ☐ El Carmen (Puesto de Salud)
- ☐ Las Cañas (Puesto de Salud)
- ☐ Patio Grande (Puesto de Salud)
- ☐ Héroes y Mártires (Centro de Salud)
- ☐ El Apante (Puesto de Salud)
- ☐ Las Lajitas (Puesto de Salud)
- ☐ Jairo Bismark Moncada (Centro de Salud)
- ☐ Hermanos Martínez (Puesto de Salud)
- ☐ El Cairo (Puesto de Salud)
- ☐ San Juan de Somoto (Puesto de Salud)
- ☐ La Playa (Puesto de Salud)
- ☐ Yorage (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Isabel (Puesto de Salud)
- ☐ Juan Antonio Brenes (hospital)
- ☐ Julio Martínez Obando (hospital)
- ☐ El Pericón (Puesto de Salud)
- ☐ Santo Domingo (Puesto de Salud)
- ☐ El Carbonal (Puesto de Salud)
- ☐ San Francisco (Puesto de Salud)
- ☐ Villa Austria(Inactivo) (Puesto de Salud)
- ☐ San Jerónimo (Puesto de Salud)
- ☐ Ernesto Che Guevara (Centro de Salud)
- ☐ Cuje (Puesto de Salud)
- ☐ Cayantu (Puesto de Salud)
- ☐ Sabana Grande (Puesto de Salud)
- ☐ Santo Domingo (Puesto de Salud)
- ☐ William Pacheco (Centro de Salud)
- ☐ Chaguite (Puesto de Salud)

- ☐ Guapotal Puesto de Salud)
☐ La Mora Puesto de Salud)
☐ Fidel Ventura (hospital)

☐ Zinica Puesto de Salud)
☐ Puerto Viejo Puesto de Salud)
☐ Kaskita Puesto de Salud)
☐ Kubalí Puesto de Salud)
☐
☐ Esteban Jaens Serrano (hospital)
☐ Musawas Puesto de Salud)
☐ Españolina Puesto de Salud)
☐ Mukuswas Puesto de Salud)

☐
☐ El Ayote (Centro de salud)
☐ El Jobo (Puesto de Salud)
☐ El Móvil (puesto de salud)
☐ Nueva Luz (Centro de salud)
☐ Poza Redonda (puesto de salud)
☐ Providencia (puesto de salud)

☐ San Isidr puesto de salud)
☐ Otro (especificar)
☐ No sabe

Question: MRR_DATE
Required

4. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required

5. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

6. Identificación 2 del entrevistador

Collection: MRR_OBSTETRIC
Contains: MATERNAL_COMPLICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Collection: MATERNAL_COMPLICATIONS
Contains: MRR_WOM_DEL_COMP, MRR_GENERAL, VITAL_SIGNS, SEPSIS, HEMORRHAGE, PRE-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA

Complicaciones maternas

Question: MRR_WOM_DEL_COMP
Minimum checks: 1

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

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

Collection: MRR_GENERAL
Contains: MRR_AGE, MRR_LITERACY, MRR_EDU, MRR_MAR_STAT, WOM_ADM_DATE, WOM_ADM_TIME, WOM_GESTAGE, WOM_BABYCOMPL

Question: MRR_AGE
Required

8. Edad:

-1 = no registrada

Question: MRR_LITERACY
Required

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

9. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta
☐ Analfabeta
☐ No registrado

Question: MRR_EDU
Required

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

10. Educación

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

Question: MRR_MAR_STAT
Required

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

11. Estado civil

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

Question: WOM_ADM_DATE
Required

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

12. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

Question: WOM_ADM_TIME
Required

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

13. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_GESTAGE
Required

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

14. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
☐ No registrado

Question: WOM_BABYCOMPL
Minimum checks: 1

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

- ☐ Sepsis

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

Collection: VITAL_SIGNS

Contains: Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Sepsis] or [Hemorragia] or [Pre-eclampsia severa] or [Eclampsia])

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

Custom Layout Question: WOM_CHECK

16.	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"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <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"/>

Collection: SEPSTS

Contains: SEP_BASIC, SEP_COMPLETE

Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Sepsis])

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

Collection: SEP_BASIC

Contains: WOM_SEP_BASIC_MEDICATIONS, WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION, WOM_SEP_BASIC_REF_REAS, WOM_SEP_BASIC_DIS_DATE, WOM_SEP_BASIC_DIS_TIME, WOM_SEP_BASIC_DEATH_DATE, WOM_SEP_BASIC_DEATH_TIME

Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_LAB

17.	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"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_MED

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

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

Question: WOM_SEP_BASIC_MEDICATIONS

Required

Show if: ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMI = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_CLI = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) and (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) and (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_SEP_BASIC_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	

20. 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

Question: WOM_SEP_BASIC_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

21. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_SEP_BASIC_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_SEP_BASIC_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	

22. Fecha de egreso/referencia

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

Question: WOM_SEP_BASIC_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_SEP_BASIC_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	

23. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_BASIC_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

24. Fecha de defunción

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

Question: WOM_SEP_BASIC_DEATH_TIME

Required

Show if: (WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

25. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: SEP_COMPLETE

Contains: WOM_SEP_COMP_CAUSE, WOM_SEP_COMP_PROCEDURES, WOM_SEP_COMP_MEDICATIONS, WOM_SEP_COMP_DISPOSITION, WOM_SEP_COMP_REF_REAS, WOM_SEP_COMP_DIS_DATE, WOM_SEP_COMP_DIS_TIME, WOM_SEP_COMP_DEATH_DATE, WOM_SEP_COMP_DEATH_TIME

Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Question: WOM_SEP_COMP_CAUSE

Minimum checks: 1

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

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

Question: WOM_SEP_COMP_PROCEDURES

Minimum checks: 1

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

- ☐ AMEU
- ☐ Revisión de cavidad uterina
- ☐ Parto normal
- ☐ Cesárea
- ☐ Histerectomía
- ☐ Laparotomía
- ☐ Reparación quirúrgica
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ 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: WOM_SEP_COMP_MED

28.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
-----	-------------------------	-------	--------------------	--------------

Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_SEP_COMP_MEDICATIONS

Required

Show if: ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMI = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) and (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_SEP_COMP_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	

30. 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

Question: WOM_SEP_COMP_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

31. Razón por la que fue referida:

- ☐ Alta temperatura
☐ Alta cuenta leucocitaria
☐ Sangrado

- ☐ Lochia
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_COMP_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_SEP_COMP_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	

32. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_SEP_COMP_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_SEP_COMP_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	

33. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_COMP_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

34. Fecha de defunción

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

Question: WOM_SEP_COMP_DEATH_TIME

Required

Show if: (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

35. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: HEMORRHAGE

Contains: HEM_BASIC, HEM_COMPLETE

Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Hemorragia])

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

Collection: HEM_BASIC

Contains: WOM_HEM_BASIC_MEDICATIONS, WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION, WOM_HEM_BASIC_REF_REAS, WOM_HEM_BASIC_DIS_DATE, WOM_HEM_BASIC_DIS_TIME, WOM_HEM_BASIC_DEATH_DATE, WOM_HEM_BASIC_DEATH_TIME

Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_BASIC_MED

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

Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_HEM_BASIC_MEDICATIONS**Required**

Show if: ((WOM_HEM_BASIC_MED_OUT_NAME = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_LAC = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_LAC = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) and (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_HEM_BASIC_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	

38. 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

Question: WOM_HEM_BASIC_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

39. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_HEM_BASIC_DIS_DATE**Required****Show if:** (WOM_HEM_BASIC_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	

40. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_HEM_BASIC_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_HEM_BASIC_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	

41. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

Question: WOM_HEM_BASIC_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

42. Fecha de defunción

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

Question: WOM_HEM_BASIC_DEATH_TIME

Required

Show if: (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

43. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: HEM_COMPLETE

Contains: WOM_HEM_COMP_CAUSE, WOM_HEM_COMP_PROCEDURES, WOM_HEM_COMP_MEDICATIONS, WOM_HEM_COMP_DISPOSITION, WOM_HEM_COMP_REF_REAS, WOM_HEM_COMP_DIS_DATE, WOM_HEM_COMP_DIS_TIME, WOM_HEM_COMP_DEATH_DATE, WOM_HEM_COMP_DEATH_TIME

Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_COMP_LAB

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

Minimum checks: 1

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

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

Question: WOM_HEM_COMP_PROCEDURES

Minimum checks: 1

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

- ☐ AMEU
- ☐ Legrado / revisión de cavidad uterina

- ☐ Cesárea
☐ Histerectomía
☐ Laparotomía
☐ Reparación o sutura
☐ Otro (especificar)
☐ 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: WOM_HEM_COMP_MED

47.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_HEM_COMP_MEDICATIONS

Required

Show if: ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OXI = 1) and ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OUT = 1) and (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_HEM_COMP_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	

49. 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

Question: WOM_HEM_COMP_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

50. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_HEM_COMP_DIS_DATE
Required
Show if: (WOM_HEM_COMP_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	

51. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_HEM_COMP_DIS_TIME
Required
Show if: (WOM_HEM_COMP_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	

52. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_HEM_COMP_DEATH_DATE
Required
Show if: (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

53. Fecha de defunción

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

Question: WOM_HEM_COMP_DEATH_TIME
Required
Show if: (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

54. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Collection: PRE-ECLAMPSIA
Contains: PRE_BASIC, PRE_COMP
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Pre-eclampsia severa])

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

Collection: PRE_BASIC
Contains: WOM_PRE_BASIC_MEDICATIONS, WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION, WOM_PRE_BASIC_REF_REAS, WOM_PRE_BASIC_DIS_DATE, WOM_PRE_BASIC_DIS_TIME, WOM_PRE_BASIC_DEATH_DATE, WOM_PRE_BASIC_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_LAB

55.	Registrado (si/no)	Negativo	Numero de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_MED

56.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
-----	-------------------------	-------	--------------------	--------------

Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="button" value="v"/>		
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="button" value="v"/>		
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="button" value="v"/>		
Otro antihipertensivo (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="button" value="v"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="button" value="v"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="button" value="v"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="button" value="v"/>		

Question: WOM_PRE_BASIC_MEDICATIONS

Required

Show if: ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_PRE_BASIC_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	

58. 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

Question: WOM_PRE_BASIC_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

59. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_PRE_BASIC_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_PRE_BASIC_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	

60. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_PRE_BASIC_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_PRE_BASIC_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	

61. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

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

62. Fecha de defunción

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

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

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

63. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: PRE_COMP**Contains:** WOM_PRE_COMP_MEDICATIONS, WOM_PRE_COMP_RESULT, WOM_PRE_COMP_DISPOSITION, WOM_PRE_COMP_REF_REAS, WOM_PRE_COMP_DIS_DATE, WOM_PRE_COMP_DIS_TIME, WOM_PRE_COMP_DEATH_DATE, WOM_PRE_COMP_DEATH_TIME**Show if:** (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_CHECK2

64.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<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, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_LAB1

65.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ⁹ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartate-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanin-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactate dehydrogenase	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro (especificar)

☐

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_LAB2

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

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_MED

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

Question: WOM_PRE_COMP_MEDICATIONS**Required****Show if:** ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

☐ Si☐ No**Question:** WOM_PRE_COMP_RESULT**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	

69. Resultado del embarazo:

Cesárea

- ☐
- ☐ Parto vaginal
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_COMP_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	

70. 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

Question: WOM_PRE_COMP_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

71. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_PRE_COMP_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_PRE_COMP_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	

72. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_PRE_COMP_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_PRE_COMP_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	

73. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_COMP_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

74. Fecha de defunción

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

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

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

75. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: ECLAMPSIA**Contains:** ECL_BASIC, ECL_COMP**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Eclampsia])*Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.***Collection:** ECL_BASIC**Contains:** WOM_ECL_BASIC_MEDICATIONS, WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION, WOM_ECL_BASIC_REF_REAS, WOM_ECL_BASIC_DIS_DATE, WOM_ECL_BASIC_DIS_TIME, WOM_ECL_BASIC_DEATH_DATE, WOM_ECL_BASIC_DEATH_TIME**Show if:** (FACILITY_TYPE = 2)

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_LAB

76.	Registrado (si/no)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_MED

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

Question: WOM_ECL_BASIC_MEDICATIONS**Required****Show if:** ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION**Required**

Scale Summary		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	

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

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

Question: WOM_ECL_BASIC_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

80. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_ECL_BASIC_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_ECL_BASIC_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	

81. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_ECL_BASIC_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_ECL_BASIC_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	

82. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_ECL_BASIC_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

83. Fecha de defunción

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

Question: WOM_ECL_BASIC_DEATH_TIME

Required

Show if: (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

84. Hora de defunción

Hora: (HH:MM)

- ☐
- ☐ No registrado

Collection: ECL_COMP

Contains: WOM_ECL_COMP_MEDICATIONS, WOM_ECL_COMP_RESULT, WOM_ECL_COMP_DISPOSITION, WOM_ECL_COMP_REF_REAS, WOM_ECL_COMP_DIS_DATE, WOM_ECL_COMP_DIS_TIME, WOM_ECL_COMP_DEATH_DATE, WOM_ECL_COMP_DEATH_TIME

Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_CHECK2

85.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<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, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_LAB1

86.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10 ⁹ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartate-amino transferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanin-amino transferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactate dehydrogenase	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_LAB2

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

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_MED

88.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro antihipertensivo (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_ECL_COMP_MEDICATIONS

Required

Show if: ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1)))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_ECL_COMP_RESULT

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	

90. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_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	

91. 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

Question: WOM_ECL_COMP_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

92. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Lochia

☐ Convulsiones

☐ Otro

☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_ECL_COMP_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	

93. Fecha de egreso/referencia

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_ECL_COMP_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	

94. Hora de egreso/referencia

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

95. Fecha de defunción

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_DEATH_TIME

Required

Show if: (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

96. Hora de defunción

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

Question: COMMENT_COMPL_MATERNA

97. 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.