



0%

Collection: LOGIN

Contains: DATSTAT\_ALTPID



**BID**

Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

Question: DATSTAT\_ALTPID

Required



ID:

Collection: MEDICAL\_RECORD\_REVIEW

Contains: MRR\_LOG\_IN, MRR\_GENERAL\_QUESTIONS, MRR\_ANC, MRR\_DELIVERY, MRR\_POSTPARTUM

Revisión del registro médico

Collection: MRR\_LOG\_IN

Contains: MRR\_DATE, REG\_NAME, MRR\_FAC\_ID, MRR\_TYPE\_UNIT, MRR\_INTERVW\_ID1, MRR\_INTERVW\_ID2

Question: MRR\_DATE

Required



1. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

Question: REG\_NAME

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kuna Yala	
2	Darién/Comarca Emberá	



2. Región

- ☐ Kuna Yala
- ☐ Darién/Comarca Emberá

Question: MRR\_FAC\_ID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)	

33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



### 3. Identificación del unidad médica:


- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)  
☐ Otro, especificar   
☐ No sabe  
☐ Se negó a contestar

Question: MRR\_TYPE\_UNIT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If


1	Ambulatorio	
2	Básico	
3	Completa	

 4. Tipo de unidad médica:


- ☐ Ambulatorio  
☐ Básico  
☐ Completa

**Question:** MRR\_INTERVW\_ID1

**Required**

 5. Identificación 1 del entrevistador

**Question:** MRR\_INTERVW\_ID2

 6. Identificación 2 del entrevistador

Page Break

---

**Collection:** MRR\_GENERAL\_QUESTIONS**Contains:** MRR\_AGE, MRR\_LITERACY, MRR\_EDU, MRR\_MAR\_STAT, MRR\_RECORDS**Preguntas generales**

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

**Question:** MRR\_AGE**Required**

7. Edad:

-1 = no registrada

-2 = no hay ningún campo en el expediente para registrarlo

**Question:** MRR\_LITERACY**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alfabeta	
0	Analfabeta	
-1	No registrado	
-2	No hay ningún campo en el expediente para registrarlo	



8. Alfabetismo:

☐ Alfabeta☐ Analfabeta☐ No registrado☐ No hay ningún campo en el expediente para registrarlo**Question:** MRR\_EDU**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria	
3	Secundaria	
4	Universidad	
-1	No registrado	
-2	No hay ningún campo en el expediente para registrarlo	



9. Educación

☐ Ninguna☐ Primaria☐ Secundaria☐ Universidad☐ No registrado☐ No hay ningún campo en el expediente para registrarlo**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	
-2	No hay ningún campo en el expediente para registrarlo	



10. Estado civil

☐ Casada(o)☐ Unión libre☐ Soltera(o)☐ Otro (especificar): ☐ No registrado☐ No hay ningún campo en el expediente para registrarlo**Question:** MRR\_RECORDS**Minimum checks:** 1

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

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

☐ Atención prenatal☐ Atención al nacimiento☐ Atención posparto

Page Break

**Collection:** MRR\_ANC

**Contains:** MRR\_ANC\_NUM, MRR\_VISIT\_1, MRR\_VISIT\_2, MRR\_VISIT\_3, MRR\_VISIT\_4, MRR\_VISIT\_5, MRR\_VISIT\_6, MRR\_VISIT\_7, MRR\_VISIT\_8, MRR\_VISIT\_9, MRR\_VISIT\_10, MRR\_VISIT\_11, MRR\_VISIT\_12, MRR\_VISIT\_13, MRR\_VISIT\_14, MRR\_VISIT\_15, MRR\_ANC\_LAB\_TEST, MRR\_ANC\_TET, MRR\_ANC\_RUBELLA, MRR\_MENS\_DATE, MRR\_ANC\_DATE, MRR\_PRE\_OUT

**Show if:** (MRR\_RECORDS is-any-of [Atención prenatal])

#### Consultas de atención prenatal

**Question:** MRR\_ANC\_NUM

**Required**

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



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

- ☐ Número:
- ☐ No registrado

Auto Page Break

---

**Collection:** MRR\_VISIT\_1  
**Contains:** MRR\_ANC\_SPE1, MRR\_ANC\_CON1, MRR\_ANC\_GEST1  
**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 1)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE1

**Required**

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



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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON1

**Contains:** MRR\_ANC\_CON1\_WT, MRR\_ANC\_CON1\_BP, MRR\_ANC\_CON1\_FUND, MRR\_ANC\_CON1\_PULS, MRR\_ANC\_CON1\_TEMP

**Required**

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



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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST1

**Required**

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



15. Edad Gestacional

- ☐ Edad:  semanas
- ☐ No registrado

Auto Page Break

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

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

**Custom Layout Question:** MRR\_ANC\_CON\_BABY1

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

Frecuencia cardiaca fetal

Movimiento fetal

**Collection:** MRR\_VISIT\_2  
**Contains:** MRR\_ANC\_SPE2, MRR\_ANC\_CON2, MRR\_ANC\_GEST2, MRR\_ANC\_CON2\_BABY  
**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 2)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE2

**Required**

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON2

**Contains:** MRR\_ANC\_CON2\_WT, MRR\_ANC\_CON2\_BP, MRR\_ANC\_CON2\_FUND, MRR\_ANC\_CON2\_PULS, MRR\_ANC\_CON2\_TEMP

**Required**

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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST2

**Required**

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

19. Edad Gestacional


- ☐ Edad:  semanas
- ☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON2\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_2, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_2**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_GEST2.SPEC &gt; 20)


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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_3**Contains:** MRR\_ANC\_SPE3, MRR\_ANC\_CON3, MRR\_ANC\_GEST3, MRR\_ANC\_CON3\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 3)**Question:** MRR\_ANC\_SPE3**Required**


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

-  21. Registre quién dio la atención prenatal durante la tercera visita

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON3**Contains:** MRR\_ANC\_CON3\_WT, MRR\_ANC\_CON3\_BP, MRR\_ANC\_CON3\_FUND, MRR\_ANC\_CON3\_PULS, MRR\_ANC\_CON3\_TEMP**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST3**Required**

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

-  23. Edad Gestacional

- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON3\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_3, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_3**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_GEST3.SPEC &gt; 20)

**Scale Summary**


Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_4**Contains:** MRR\_ANC\_SPE4, MRR\_ANC\_CON4, MRR\_ANC\_GEST4, MRR\_ANC\_CON4\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 4)**Question:** MRR\_ANC\_SPE4**Required****Scale Summary**


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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON4**Contains:** MRR\_ANC\_CON4\_WT, MRR\_ANC\_CON4\_BP, MRR\_ANC\_CON4\_FUND, MRR\_ANC\_CON4\_PULS, MRR\_ANC\_CON4\_TEMP**Required****Scale Summary**


Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST4**Required****Scale Summary**

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

 27. Edad Gestacional


- ☐ Edad:  semanas
- ☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON4\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_4, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_4**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_GEST4.SPEC &gt; 20)


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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_5**Contains:** MRR\_ANC\_SPE5, MRR\_ANC\_CON5, MRR\_ANC\_GEST5, MRR\_ANC\_CON5\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 5)**Question:** MRR\_ANC\_SPE5**Required**

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON5**Contains:** MRR\_ANC\_CON5\_WT, MRR\_ANC\_CON5\_BP, MRR\_ANC\_CON5\_FUND, MRR\_ANC\_CON5\_PULS, MRR\_ANC\_CON5\_TEMP**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST5**Required**

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

 31. Edad Gestacional


- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON5\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_5, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_5**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_GEST5.SPEC &gt; 20)


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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_6**Contains:** MRR\_ANC\_SPE6, MRR\_ANC\_CON6, MRR\_ANC\_GEST6, MRR\_ANC\_CON6\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 6)**Question:** MRR\_ANC\_SPE6**Required**

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON6**Contains:** MRR\_ANC\_CON6\_WT, MRR\_ANC\_CON6\_BP, MRR\_ANC\_CON6\_FUND, MRR\_ANC\_CON6\_PULS, MRR\_ANC\_CON6\_TEMP**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST6**Required**

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

 35. Edad Gestacional


- ☐ Edad:  semanas
- ☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON6\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_6, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_6**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_GEST6.SPEC &gt; 20)


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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_7**Contains:** MRR\_ANC\_SPE7, MRR\_ANC\_CON7, MRR\_ANC\_GEST7, MRR\_ANC\_CON7\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 7)**Question:** MRR\_ANC\_SPE7**Required**


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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON7**Contains:** MRR\_ANC\_CON7\_WT, MRR\_ANC\_CON7\_BP, MRR\_ANC\_CON7\_FUND, MRR\_ANC\_CON7\_PULS, MRR\_ANC\_CON7\_TEMP**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST7**Required**

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

 39. Edad Gestacional

- ☐ Edad:  semanas
- ☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON7\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_7, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_7**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_GEST7.SPEC &gt; 20)

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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_8**Contains:** MRR\_ANC\_SPE8, MRR\_ANC\_CON8, MRR\_ANC\_GEST8, MRR\_ANC\_CON8\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 8)**Question:** MRR\_ANC\_SPE8**Required**

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON8**Contains:** MRR\_ANC\_CON8\_WT, MRR\_ANC\_CON8\_BP, MRR\_ANC\_CON8\_FUND, MRR\_ANC\_CON8\_PULS, MRR\_ANC\_CON8\_TEMP**Required**

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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST8**Required**

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

43. Edad Gestacional


- ☐ Edad:  semanas
- ☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON8\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_8, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_8**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_GEST8.SPEC &gt; 20)


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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_9**Contains:** MRR\_ANC\_SPE9, MRR\_ANC\_CON9, MRR\_ANC\_GEST9, MRR\_ANC\_CON9\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 9)**Question:** MRR\_ANC\_SPE9**Required**


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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON9**Contains:** MRR\_ANC\_CON9\_WT, MRR\_ANC\_CON9\_BP, MRR\_ANC\_CON9\_FUND, MRR\_ANC\_CON9\_PULS, MRR\_ANC\_CON9\_TEMP**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST9**Required**

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

 47. Edad Gestacional


- ☐ Edad:  semanas
- ☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON9\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_9, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_9**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_GEST9.SPEC &gt; 20)

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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_10**Contains:** MRR\_ANC\_SPE10, MRR\_ANC\_CON10, MRR\_ANC\_GEST10, MRR\_ANC\_CON10\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 10)**Question:** MRR\_ANC\_SPE10**Required**


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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON10**Contains:** MRR\_ANC\_CON10\_WT, MRR\_ANC\_CON10\_BP, MRR\_ANC\_CON10\_FUND, MRR\_ANC\_CON10\_PULS, MRR\_ANC\_CON10\_TEMP**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST10**Required**

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


 51. Edad Gestacional

- ☐ Edad:  semanas
- ☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON10\_BABY  
**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_10, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_10  
**Required**  
Show if: (MRR\_ANC\_GEST10.SPEC > 20)

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


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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_11  
**Contains:** MRR\_ANC\_SPE11, MRR\_ANC\_CON11, MRR\_ANC\_GEST11, MRR\_ANC\_CON11\_BABY  
**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 11)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE11


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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON11  
**Contains:** MRR\_ANC\_CON11\_WT, MRR\_ANC\_CON11\_BP, MRR\_ANC\_CON11\_FUND, MRR\_ANC\_CON11\_PULS, MRR\_ANC\_CON11\_TEMP  
**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST11

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


 55. Edad Gestacional

- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON11\_BABY  
**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_11, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_11  
**Required**  
Show if: (MRR\_ANC\_GEST11.SPEC > 20)

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


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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_12  
**Contains:** MRR\_ANC\_SPE12, MRR\_ANC\_CON12, MRR\_ANC\_GEST12, MRR\_ANC\_CON12\_BABY  
**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 12)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE12


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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON12  
**Contains:** MRR\_ANC\_CON12\_WT, MRR\_ANC\_CON12\_BP, MRR\_ANC\_CON12\_FUND, MRR\_ANC\_CON12\_PULS, MRR\_ANC\_CON12\_TEMP  
**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST12

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


 59. Edad Gestacional

- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON12\_BABY  
**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_12, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_12  
**Required**  
Show if: (MRR\_ANC\_GEST12.SPEC > 20)

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


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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_13  
**Contains:** MRR\_ANC\_SPE13, MRR\_ANC\_CON13, MRR\_ANC\_GEST13, MRR\_ANC\_CON13\_BABY  
**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 13)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE13


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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON13  
**Contains:** MRR\_ANC\_CON13\_WT, MRR\_ANC\_CON13\_BP, MRR\_ANC\_CON13\_FUND, MRR\_ANC\_CON13\_PULS, MRR\_ANC\_CON13\_TEMP  
**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST13

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


 63. Edad Gestacional

- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON13\_BABY  
**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_13, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_13  
**Required**  
Show if: (MRR\_ANC\_GEST13.SPEC # 20)

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


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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_14  
**Contains:** MRR\_ANC\_SPE14, MRR\_ANC\_CON14, MRR\_ANC\_GEST14, MRR\_ANC\_CON14\_BABY  
**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 14)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE14

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON14  
**Contains:** MRR\_ANC\_CON14\_WT, MRR\_ANC\_CON14\_BP, MRR\_ANC\_CON14\_FUND, MRR\_ANC\_CON14\_PULS, MRR\_ANC\_CON14\_TEMP  
**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST14

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


 67. Edad Gestacional

- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado

Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON14\_BABY  
**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_14, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_14  
**Required**  
Show if: (MRR\_ANC\_GEST14.SPEC > 20)

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


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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_15  
**Contains:** MRR\_ANC\_SPE15, MRR\_ANC\_CON15, MRR\_ANC\_GEST15, MRR\_ANC\_CON15\_BABY  
**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 15)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE15

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON15  
**Contains:** MRR\_ANC\_CON15\_WT, MRR\_ANC\_CON15\_BP, MRR\_ANC\_CON15\_FUND, MRR\_ANC\_CON15\_PULS, MRR\_ANC\_CON15\_TEMP  
**Required**


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_GEST15

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

 71. Edad Gestacional

- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado


Auto Page Break

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON15\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_15, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_15**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_GEST15.SPEC &gt; 20)

**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

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


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

**Question Block:** MRR\_ANC\_LAB\_TEST**Contains:** MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_BG, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_RH, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_GLU, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_HIV, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_PLATE, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_VDRL, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_HB, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_URINE**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_TET**Contains:** MRR\_ANC\_TET1, MRR\_ANC\_TET2**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 74. Se administró toxoide tetánico:


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

**Question:** MRR\_ANC\_RUBELLA**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

**Scale Summary**

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

 75. Se hizo prueba de anticuerpos para rubeola

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_MENS\_DATE**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

**Scale Summary**

Code	Label	Show-If

1	Fecha:	
-1	No registrado	



76. Fecha de última menstruación

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

**Question:** MRR\_ANC\_DATE**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

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



77. Fecha de primera visita a atención prenatal

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

**Question:** MRR\_PRE\_OUT**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

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



78. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

- ☐ Nacimiento
- ☐ Aborto
- ☐ Mortinato
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Auto Page Break

**Jump-To:** JMP\_ABORTO  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** MRR\_APP\_FP  
**Jump-If:** (MRR\_PRE\_OUT = 2:[Aborto]) and (MRR\_RECORDS is-any-of [Atención posparto])

**Jump-To:** JMP\_STILBIRTH  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** MRR\_APP\_FP  
**Jump-If:** (MRR\_PRE\_OUT = 3:[Mortinato]) and (MRR\_RECORDS is-any-of [Atención posparto])

**Collection:** MRR\_DELIVERY  
**Contains:** MRR\_DEL\_ADM\_DATE, MRR\_DEL\_ADM\_TIME, MRR\_DEL\_DATE, MRR\_DEL\_TIME, MRR\_AC\_COM\_WOR, MRR\_AC\_MIDWIFE, MRR\_DEL\_PER, MRR\_OXY, MRR\_PAR, MRR\_PAR\_REV, MRR\_PAR\_FET\_HEART, MRR\_PAR\_FET\_HEART\_DES, MRR\_PAR\_REF, MRR\_PAR\_REF\_REAS, MRR\_DEL\_MODE  
**Show if:** (MRR\_TYPE\_UNIT is-any-of 2:[Básico]) and (MRR\_RECORDS is-any-of [Atención al nacimiento])

#### Atención al nacimiento

**Question:** MRR\_DEL\_ADM\_DATE

**Required**


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

-  79. Fecha de ingreso
- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_ADM\_TIME

**Required**


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

-  80. Hora de ingreso
- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_DATE

**Required**


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

-  81. Fecha en que ocurrió el nacimiento
- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_TIME

**Required**


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

-  82. Hora en que ocurrió el nacimiento
- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_AC\_COM\_WOR

**Required**


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

-  83. Mujer acompañada por una trabajadora comunitaria para atender el nacimiento en la unidad médica
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_AC\_MIDWIFE

**Required**

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


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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_PER

**Required**

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

 85. Anote quién atendió el nacimiento

- ☐ Médico general  
☐ Obstetra  
☐ Partera  
☐ Enfermera  
☐ Otro  
☐ No registrado

Registre si se administró a la mujer:

**Custom Layout Question:** MRR\_OXY\_1

 86. Administrado Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Oxitocina ☐    
Otros uterotonicos ☐

Page Break

---

**Question:** MRR\_OXY**Required****Show if:** (MRR\_OXY\_ADMIN\_OXY = 1)

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



87. Forma de administración de la oxitocina:

- ☐ Intramuscular
- ☐ Intravenosa
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_PAR**Required**

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



88. Partograma

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

Auto Page Break

---

**Question Block:** MRR\_PAR\_REV**Contains:** MRR\_PAR\_REV\_FHR, MRR\_PAR\_REV\_OBSMEM, MRR\_PAR\_REV\_OBSAMN, MRR\_PAR\_REV\_CERV, MRR\_PAR\_REV\_CEPH, MRR\_PAR\_REV\_FETPRE, MRR\_PAR\_REV\_CONTR, MRR\_PAR\_REV\_MOTHBP, MRR\_PAR\_REV\_MOTHPULS, MRR\_PAR\_REV\_MOTHTEMP**Required****Show if:** (MRR\_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado])


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

 89. Revise y anote si se registró la siguiente información

Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal	-- Seleccione uno --
Observación de las membranas	-- Seleccione uno --
Observación de la liquido amniótico	-- Seleccione uno --
Evolución de la dilatación del cuello uterino (cm)	-- Seleccione uno --
Ponderado fetal	-- Seleccione uno --
Evolución del descenso cefálico o de la presentación	-- Seleccione uno --
Dinámica uterina	-- Seleccione uno --
Evolución del PA maternas	-- Seleccione uno --
Evolución del pulso maternas	-- Seleccione uno --
Evolución temperatura maternas	-- Seleccione uno --

**Question:** MRR\_PAR\_FET\_HEART**Required****Show if:** (MRR\_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 90. ¿Se observe un descenso en la frecuencia cardiac fetal?

- ☐ Sí
- ☐ No

**Question:** MRR\_PAR\_FET\_HEART\_DES**Required****Show if:** (MRR\_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado]) and (MRR\_PAR\_FET\_HEART = 1:[Sí])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se refirió a otra unidad de salud	
2	Operación cesárea	
3	Dio a luz en esta unidad de salud	
995	Otro (especificar):	

 91. Registre qué se hizo si hubo descenso de la frecuencia cardiac fetal

- ☐ Se refirió a otra unidad de salud
- ☐ Operación cesárea
- ☐ Dio a luz en esta unidad de salud
- ☐ Otro (especificar):

**Question:** MRR\_PAR\_REF**Required****Show if:** (MRR\_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 92. Indique si la mujer fue referida

- ☐ Sí
- ☐ No

**Question:** MRR\_PAR\_REF\_REAS**Required****Show if:** (MRR\_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado]) and (MRR\_PAR\_REF = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Baja frecuencia cardiaca fetal	
2	Sangrado	
3	Feto muy grande	

4	Cabeza del feto por arriba del pubis	
5	Hipodinamia uterina	
6	Hipertonía uterina	
7	Trabajo de parto prolongado	
995	Otra (especificar):	
0	No registrado	



93. Razón por la que fue referida

- ☐ Baja frecuencia cardiaca fetal
- ☐ Sangrado
- ☐ Feto muy grande
- ☐ Cabeza del feto por arriba del pubis
- ☐ Hipodinamia uterina
- ☐ Hipertonía uterina
- ☐ Trabajo de parto prolongado
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_MODE**Required**

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



94. Tipo de nacimiento

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

Page Break

**Collection:** MRR\_POSTPARTUM**Contains:** MMR\_POS\_SPEC, MRR\_POS\_TYPE, MMR\_POS\_BABY\_GEN, MMR\_NEW\_ATT, MRR\_APP\_FP, MRR\_NAME\_FP, DISP\_MOTHER, DISP\_CHILD**Show if:** (MRR\_TYPE\_UNIT is-any-of 2:[Básico]) and (MRR\_RECORDS is-any-of [Atención posparto])**Período posparto**

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

**Custom Layout Question:** MRR\_POS3\_CHECK

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

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

**Custom Layout Question:** MRR\_DIS\_CHECK1

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

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

**Custom Layout Question:** MRR\_DIS\_CHECK2

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

**Question:** MMR\_POS\_SPEC**Required**

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

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

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador de salud comunitaria

☐ Pasante de servicio social


☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_TYPE

**Required**

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

 99. Tipo de nacimiento:

☐ Un solo bebé


☐ Múltiple

☐ No registrado

**Question:** MMR\_POS\_BABY\_GEN

**Required**

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

 100. Sexo del bebé:

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ No registrado

**Question:** MMR\_NEW\_ATT

**Required**

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

 101. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

☐ Médico

☐ Enfermera

☐ Partera

☐ Pasante de servicio social

☐ Nadie

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado


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

**Custom Layout Question:** MRR\_NEW\_CHECK1

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

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

**Custom Layout Question:** MRR\_NEW\_CHECK2

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

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

**Question:** MRR\_APP\_FP**Required**


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



104. Recibió la mujer anticoncepción

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Referida
- ☐ No registrado

Auto Page Break

**Question:** MRR\_NAME\_FP**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR\_APP\_FP = 1:[S]) 105. Método anticonceptivo recibido☐ Condón☐ DIU☐ Píldoras☐ Ligadura de trompas☐ Ritmo☐ Otro (especificar): ☐ No registrado**Collection:** DISP\_MOTHER**Contains:** MRR\_DISPOSITION, MRR\_REF\_REAS, MRR\_REF\_PL, MRR\_DIS\_DATE, MRR\_DIS\_TIME, MRR\_DEATH\_DATE, MRR\_DEATH\_TIME**Question:** MRR\_DISPOSITION**Required**

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

 106. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:☐ Murió en el hospital☐ Egresó para su casa☐ Transferida a otra unidad médica☐ Egresó contra las indicaciones médicas☐ Desconocido☐ Otra (especificar): ☐ No registrado

Auto Page Break

**Question:** MRR\_REF\_REAS**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

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



107. Razón por la que fue referida:

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

**Question:** MRR\_REF\_PL**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

108. Lugar a donde fue referida:

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

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



109. Fecha de egreso/referencia

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

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

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



110. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEATH\_DATE**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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



111. Fecha de defunción

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

**Question:** MRR\_DEATH\_TIME**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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



112. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Collection:** DISP\_CHILD**Contains:** MRR\_CH\_DISPOSITION, MRR\_CH\_REF\_REAS, MRR\_CH\_REF\_PL, MRR\_CH\_DIS\_DATE, MRR\_CH\_DIS\_TIME, MRR\_CH\_DEATH\_DATE, MRR\_CH\_DEATH\_TIME**Question:** MRR\_CH\_DISPOSITION**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

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



113. Resultado final de la estancia del niño en el hospital:

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

Auto Page Break

---

**Question:** MRR\_CH\_REF\_REAS**Required****Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

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



114. Razón por la que fue referida:

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

**Question:** MRR\_CH\_REF\_PL**Required****Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

115. Lugar a donde fue referida:

**Question:** MRR\_CH\_DIS\_DATE**Required****Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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



116. Fecha de egreso/referencia

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

**Question:** MRR\_CH\_DIS\_TIME**Required****Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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



117. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_CH\_DEATH\_DATE**Required****Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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



118. Fecha de defunción

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

**Question:** MRR\_CH\_DEATH\_TIME**Required****Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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



119. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

**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