

**Banco Interamericano de Desarrollo**

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

ID:

**Revisión del registro médico**

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

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

2. Identificación 1 del entrevistador

3. Identificación 2 del entrevistador

4. Tipo de unidad médica

- ☐ Casa de Salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
- ☐ Unidad de Especialidades Médicas
- ☐ Unidad móvil
- ☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos
- ☐ Hospital especializado
- ☐ Hospital general
- ☐ Hospital integral (comunitario)

5. Identificación del unidad médica:

- ☐ ADOLFO RUIZ CORTÍNEZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ALDAMA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ALDAMA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ AMPARO AGUA TINTA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ BACHAJÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ BUENA VISTA SAN JOSÉ NAPILÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CANOLLJA / Unidad de Consulta Externa

- ☐ CARAVANA TIPO 0 JUC'NIL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 0 SAN JOSÉ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 1 YA'ALTZEMEN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL CHILOLJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL EL MANGO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL SAN MIGUEL LA SARDINA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL TZAJALCHÉN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL YAXALA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL YIBELJOJ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CESSA SAN LUCAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHACAMAX / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHACHALACA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHANAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHENALHÓ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHILOLJÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHOCOLJAITO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHULNA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHUTALILJÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CLÍNICA DE LA MUJER PALENQUE / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CLÍNICA DE LA MUJER SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CRUZ CHOT / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EBEN EZER / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EL GUANAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EL PROGRESO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EMBARCADERO APIC - PAC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ESQUIPULAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ FILADELFIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ GUADALUPE VICTORIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ HOSP. BÁSICO COMUNITARIO CHALCHIHUITÁN / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSP. BÁSICO COMUNITARIO TEOPISCA / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE LARRAINZAR / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE SANTO DOMINGO / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO OXCHUC / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO SAN JUAN CHAMULA / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL DE LAS CULTURAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL INTEGRAL LAS MARGARITAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ ICALUMTIC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ IGNACIO ZARAGOZA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ JERUSALÉN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LA AURORA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LA LAGUNA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LA PALMA UNO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LAS LIMAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ MESBILJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NATILTÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVA PALESTINA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVA SANTA MARGARITA AGUA AZUL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVO HUIXTÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVO VERACRUZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OCOSINGO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OCOTAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OXCHUC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PALENQUE / Unidad de Hospitalización
- ☐ PALENQUE / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PANTELHÓ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PROGRESO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PUEBLO NUEVO SOLISTAHUACÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PUYIPA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ RAFAEL RAMÍREZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ RAUDALES MALPASO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SALTO DE AGUA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ SAN FRANCISCO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN JUAN CANCUC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN JUAN CHAMULA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN PEDRO LA TEJERÍA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN QUINTÍN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTA CECILIA EL PEDREGAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTA RITA 1ª SECCIÓN (MICHOL) / Unidad de Consulta Externa

- ☐
- ☐ SANTIAGO EL PINAR / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SIBERIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SIMOJOVEL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TECPATAN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TENEJAPA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TILA / Unidad de Hospitalización
- ☐ TZAMETAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ VENUSTIANO CARRANZA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ XAXAJATIC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ YABTECLUM PUEBLO NUEVO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ YAJALÓN / Unidad de Hospitalización
- ☐ YAJALÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ZACUALPA ECATEPEC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ZINACANTÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ Otro

6. Identificación del unidad médica:

#### COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

##### Complicaciones maternas

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

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

8. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión/ ingreso:

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

9. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de ingreso fue . Por favor revisa expedientes donde el nacimiento ocurrió entre 01/02/2012 - 31/01/2014.

10. Edad de mujer:

- ☐  años
- ☐ no registrada

11. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeto
- ☐ No registrado

12. Educación

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

13. Estado civil/familiar:

- ☐ Casada
- ☐ Unión estable
- ☐ Soltera
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda

☐ Acompañada

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

14. Etnia:

☐ Mestiza

☐ Indígena

☐ Negra

☐ Otro

☐ No registrado

15. Edad gestacional

☐ Edad:  semanas

☐ No registrado

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

☐ Sepsis

☐ Asfixia

☐ Bajo peso al nacer

☐ Prematurez

☐ Sin complicaciones

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

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

17.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por 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 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"/>

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

18.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /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

19.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ampicillina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

- ☐ Si  
☐ No

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

- ☐ Murió en el hospital  
☐ Egresó para su casa  
☐ Egreso a casa de un miembro de la familia  
☐ Transferida a otra unidad médica  
☐ Egresó contra las indicaciones médicas  
☐ Se fue en contra del consejo médico  
☐ Desconocido  
☐ Otra (especificar):   
☐ No registrado

22. Razón por la que fue referida:

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

23. Fecha de egreso/referencia

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

24. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

25. Fecha de defunción

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

26. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

27.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por 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 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="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

- ☐ AMEU  
☐ Revisión de cavidad uterina  
☐ Parto normal  
☐ Cesárea  
☐ Histerectomía  
☐ Laparotomía  
☐ Reparación quirúrgica  
☐ Legrado uterino instrumentado (LUI)  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

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

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

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

- ☐ Si  
☐ No

32. 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

33. Razón por la que fue referida:

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

34. Fecha de egreso/referencia

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

35. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

36. Fecha de defunción

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

37. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

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

38.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por 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 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"/>

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

39.	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"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<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="checkbox"/>			
--	--------------------------	--	--	--

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

- ☐ Si  
☐ No

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

- ☐ Murió en el hospital  
☐ Egresó para su casa  
☐ Egreso a casa de un miembro de la familia  
☐ Transferida a otra unidad médica  
☐ Egresó contra las indicaciones médicas  
☐ Se fue en contra del consejo médico  
☐ Desconocido  
☐ Otra (especificar):   
☐ No registrado

42. Razón por la que fue referida:

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

43. Fecha de egreso/referencia

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

44. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

45. Fecha de defunción

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

46. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

47.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por 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 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"/>

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

48.	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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		segundo		
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		$\times 10^9/L$		
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		g/dL		
Hematocrito	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

49. 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

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

- ☐ AMEU  
☐ Lgrado / revisión de cavidad uterina  
☐ Cesárea  
☐ Histerectomía  
☐ Laparotomía  
☐ Reparación o sutura  
☐ Parto normal  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

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

51.	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"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<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"/>				
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<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"/>				

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

- ☐ Si  
☐ No

53. 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

54. Razón por la que fue referida:

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

55. Fecha de egreso/referencia

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

56. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

57. Fecha de defunción

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

58. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

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

59.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por 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 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"/>

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

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

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

61.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

- ☐ Si  
☐ No

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

- ☐ Murió en el hospital  
☐ Egresó para su casa  
☐ Egreso a casa de un miembro de la familia  
☐ Transferida a otra unidad médica  
☐ Egresó contra las indicaciones médicas  
☐ Se fue en contra del consejo médico  
☐ Desconocido  
☐ Otra (especificar):   
☐ No registrado

64. Razón por la que fue referida:

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

65. Fecha de egreso/referencia

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

66. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

67. Fecha de defunción

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

68. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

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

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

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

70.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>		
Reflejo	<input type="checkbox"/>		
Oliguria	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		

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

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

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

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

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

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

<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"/>				

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

- ☐ Si  
☐ No

75. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

76. 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

77. Razón por la que fue referida:

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

78. Fecha de egreso/referencia

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

79. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

80. Fecha de defunción

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

81. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

*Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.*

82. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia:

Fecha de admisión

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

83. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia:

Hora de admisión:

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

84. Edad gestacional

- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado

85. 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

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

86.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por 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 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"/>

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

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

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

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

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

- ☐ Si  
☐ No

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

- ☐ Murió en el hospital  
☐ Egresó para su casa  
☐ Egreso a casa de un miembro de la familia  
☐ Transferida a otra unidad médica  
☐ Egresó contra las indicaciones médicas  
☐ Se fue en contra del consejo médico

- ☐ Desconocido  
☐ Otra (especificar):   
☐ No registrado

91. Razón por la que fue referida:

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

92. Fecha de egreso/referencia

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

93. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

94. Fecha de defunción

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

95. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

96.	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"/>

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

97.	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

98.	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 transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Alanin-amino transferrasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		U/liter		
Lactate dehydrogenase	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		U/liter		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<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

99.	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"/>
<input type="text"/>						
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<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"/>
<input type="text"/>						

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

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

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

- ☐ Si  
☐ No

102. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

103. 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

104. Razón por la que fue referida:

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

---

105. Fecha de egreso/referencia

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

---

106. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

---

107. Fecha de defunción

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

---

108. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

---

109. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

^

v

---

Los registros de las complicaciones maternas sólo deben revisarse en los hospitales y unidades básicas.

Ha indicado que este mujer no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, hemorragia, pre-eclampsia, y eclampsia

**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