

**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 recién nacido, 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

- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Hospital especializado
- ☐ Hospital general
- ☐ Hospital integral (comunitario)

5. Identificación del centro:

- ☐ 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:

7. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Fecha de nacimiento

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

8. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de nacimiento

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de nacimiento fue . Por favor revisa expedientes con fechas de nacimiento 01/04/2012 - 31/05/2014

Complicaciones neonatales

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

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

10. Edad del niño

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

11. Edad de la madre

- ☐ Edad:
- ☐ No registrado

12. Alfabetismo de la madre

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

13. Etnia:

- ☐ Mestiza
- ☐ Indígena
- ☐ Negra
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

14. Educación de la madre

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

15. Estado civil de la madre:

- ☐ Casada
- ☐ Unión estable
- ☐ Soltera
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Acompañada
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

16. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

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

17. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

18. Edad gestacional de la madre

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

19. Sexo del bebe

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No registrado

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

- ☐ Pre eclampsia
- ☐ Eclampsia
- ☐ Sepsis
- ☐ Hemorragia
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

25. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

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

- ☐ Si
☐ No

27. Fecha de evaluación por un médico

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

28. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

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

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

- ☐ Si
☐ No

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

31.	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"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

33.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
-----	--------------------	-------	--------------------	--------------

Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 ^ 9 litro		
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL		
velocidad de sedimentación globular		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mm/h		
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"/>				

34. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

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

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

36. Fecha de evaluación por un médico

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

37. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

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

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

- ☐ Si
☐ No

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

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

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

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

41.	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"/>
		<input type="text"/> por		

Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	°C	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	gr	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<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"/>				

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

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

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

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

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

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

45. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

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

- ☐ Si
☐ No

47. Fecha de evaluación por un médico

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

48. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Casco de oxígeno
☐ CAAP oxígeno / Las puntas
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

50. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Lactancia materna
☐ Alimentación IV
☐ Otro
☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

54. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

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

- ☐ Si
☐ No

56. Fecha de evaluación por un médico

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

57. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Casco de oxígeno
☐ CAAP oxígeno / Las puntas
☐ Ventilación mecánica
☐ Mantenimiento en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

59. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Lactancia materna
☐ Alimentación intravenosa
☐ Otro
☐ No registrado

Anote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.

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

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

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

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

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

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

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

63.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
-----	------------	-------	--------------------	--------------

	(si/no)			
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>			
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>			
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>			
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>			

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

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

65. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

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

- ☐ Si
☐ No

67. Fecha de evaluación por un médico

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

68. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Casco de oxígeno
☐ CAAP oxígeno / Las puntas
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

70. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Lactancia materna
☐ Alimentación IV
☐ Otro
☐ No registrado

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

71.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto		
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C		
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> kg		
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm		
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm		

Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="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"/>

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

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

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

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

74. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

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

- ☐ Si
☐ No

76. Fecha de evaluación por un médico

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

77. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Casco de oxígeno
☐ CAAP oxígeno / Las puntas
☐ Ventilación mecánica
☐ Mantenimiento en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

79. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Lactancia materna
☐ Alimentación intravenosa
☐ Otro
☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

84. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

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

- ☐ Si
☐ No

86. Fecha de evaluación por un médico

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

87. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

88. Anote si tuvo el bebé los siguientes:

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

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

- ☐ Ventilación con presión positiva
- ☐ Oxígeno al 100%
- ☐ Succión de secreciones
- ☐ Casco de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

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

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

91.	Administrado (si/no)
Apnea	<input type="checkbox"/>
Meconio	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

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

- ☐ Si
- ☐ No

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

93.	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"/>
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"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

94. Registrado (si/no) Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Color de la piel	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		

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

95. Registrado (si/no) Valor Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>		%		
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>		x10		
		^9/litro			
Plaquetas	<input type="checkbox"/>		x 10		
		^9/litro			
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>		g/dL		
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>				
		mg/dL			
Velocidad de sedimentación globular	<input type="checkbox"/>		mm/h		
Hemocultivo	<input type="checkbox"/>				
Conteo sanguíneo completo	<input type="checkbox"/>				
Cultivo de sangre	<input type="checkbox"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>				

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

96. Registrado (si/no) Negativo Número de + Valor Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

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

97. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

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

- ☐ Si
☐ No

99. Fecha de evaluación por un médico

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

100. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

101. Anote si se tomó una radiografía de tórax

- ☐ Si
☐ No

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

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Casco de oxígeno

- ☐ CAAP oxígeno / Las puntas
☐ Ventilación mecánica
☐ Mantenimiento en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

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

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

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

- ☐ Si
☐ No

105. Resultado final de la estancia del neonato 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

106. SEPSIS

Razón por la que fue referido el bebé:

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

107. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue referido el bebé:

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

108. PREMATUREZ

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
☐ Alta cuenta leucocitaria
☐ Hipoglucemia
☐ Hiperglicemia
☐ Bajo peso al nacer
☐ Bajo puntaje en la escala de Downes

- ☐
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Silverman
- ☐ Bajo nivel de saturación de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

109. ASFIXIA AL NACIMIENTO

Razón por la que fue referido el bebé:

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

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

- ☐ Incubadora
- ☐ Administración de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

111. Fecha de egreso/referencia

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

112. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

113. Fecha de defunción

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

114. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

115. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

^

v

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

Ha indicado que este recién nacido no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, bajo peso al nacer, asfixia al nacimiento, y prematuridad.

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