



0%



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

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

2. Identificación 1 del entrevistador

3. Identificación 2 del entrevistador

4. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ EBAIS desconcentrado
 - ☐ EBAIS concentrado
 - ☐ Hospital periférico
 - ☐ Hospital regional
 - ☐ Centro de Atención Integral de Salud
-

5. Nombre de región:

- ☐ Huetar Atlántica
 - ☐ Brunca
-

6. Nombre de Área de Salud:

- ☐ Cariari
- ☐ Guácimo

- ☐ Matina
 - ☐ Siquirres
 - ☐ Talamanca
 - ☐ Valle La Estrella
 - ☐ Buenos Aires
 - ☐ Corredores
 - ☐ Coto Brus
 - ☐ Golfito
 - ☐ Osa
-

7. Identificación del centro:

- ☐ Caribe
- ☐ Nazareth
- ☐ Barra Colorado
- ☐ Barra del Tortuguero
- ☐ Llano Bonito
- ☐ La Esperanza
- ☐ Jardín
- ☐ Los Ángeles
- ☐ Palmitas
- ☐ Palermo
- ☐ Sede Cariari // Cariari 2
- ☐ Nájera
- ☐ Porvenir
- ☐ Campo 5
- ☐ Astúa Pirie
- ☐ Sede Tibacán // Tibacán 1
- ☐ Sede Tibacán // Tibacán 2
- ☐ Sede Pocora // Pocora Norte
- ☐ Sede Pocora // Pocora Sur
- ☐ San Luis
- ☐ Sede Río Jiménez // Río Jiménez Sur
- ☐ Sede Río Jiménez // Río Jiménez Norte
- ☐ Santa Rosa
- ☐ Villafranca
- ☐ Iroquois
- ☐ Matina
- ☐ Sede Venecia // Zent
- ☐ Sede Venecia // Cuba Creek
- ☐ Luzón
- ☐ 28 Millas
- ☐ Baltimore
- ☐ Estrada
- ☐ Central
- ☐ Betania

- ☐ Imperio
- ☐ Cimarrones
- ☐ Parismina
- ☐ El Carmen
- ☐ Alegría
- ☐ Islona-Los Ángeles
- ☐ INVU
- ☐ La Perla
- ☐ Sede La Perla // Monteverde
- ☐ El Peje
- ☐ SIQUIRRES / San Martín
- ☐ San Rafael
- ☐ San Alberto
- ☐ El Cruce
- ☐ SIQUIRRES / Santa Marta
- ☐ Sede Cairo // El Cairo 1
- ☐ Sede Cairo // El Cairo 2
- ☐ Margarita
- ☐ Katsi
- ☐ Cahuita
- ☐ Sepecue
- ☐ Amubri
- ☐ Bambú
- ☐ Sixaola
- ☐ Sede Sixaola // Daytonia
- ☐ Bribri
- ☐ Suretka
- ☐ Sede Suretka // Alto Telire
- ☐ Sede China Kichá // China Kichá
- ☐ Sede China Kichá // Gavilan Canta
- ☐ Valle Las Rosas
- ☐ Penshurt
- ☐ Gavilan
- ☐ Las Brisas
- ☐ Potrero Grande
- ☐ Boruca
- ☐ Buenos Aires // Sede Colorado
- ☐ Centro
- ☐ La Piñera
- ☐ Sede Buenos Aires // Santa Marta
- ☐ Volcán
- ☐ Paso Canoas
- ☐ Sede Paso Canoas // Colorado
- ☐ Laurel
- ☐ Hospital de Ciudad Neilly

- ☐ Bella Luz
- ☐ La Cuesta
- ☐ Corredor Sur
- ☐ Corredor Norte
- ☐ Corredor Centro
- ☐ Las Fincas
- ☐ Territorio Indígena
- ☐ Sabanillas
- ☐ La Lucha
- ☐ Hospital San Vito
- ☐ Hospital San Vito // San Vito Centro 1
- ☐ Hospital San Vito // San Vito Periferia 1
- ☐ Hospital San Vito // San Vito Periferia 2
- ☐ Fila Guinea
- ☐ Gutiérrez Brown
- ☐ Agua Buena Norte
- ☐ Agua Buena Sur
- ☐ Santa Elena
- ☐ Sede Sabalito // Sabalito Oriente
- ☐ Sede Sabalito // Sabalito Occidente
- ☐ La Frontera
- ☐ Río Claro
- ☐ Villa Briceño
- ☐ Puerto Jiménez
- ☐ Palma Puerto Jiménez
- ☐ Conte
- ☐ GOLFITO / San Martín
- ☐ Tinoco
- ☐ Drake
- ☐ Uvita
- ☐ Sierpe
- ☐ Piedras Blancas
- ☐ Ojo de Agua
- ☐ Coronado
- ☐ Ciudad Cortés
- ☐ Palmar Norte
- ☐ Hospital Golfito
- ☐ Hospital Tomas de las Casas
- ☐ Hospital Escalante Pradilla
- ☐ Hospital Guapiles
- ☐ Hospital Tonifacio
- ☐ SIQUIRRES // Centro de Atención Integral de Salud
- ☐ ÁREA DE SALUD: Coto Brus // Coto Brus 1 (Movil Medica)
- ☐ ÁREA DE SALUD: Coto Brus // Coto Brus 2 (Movil Medica)
- ☐ ÁREA DE SALUD: Valle La Estrella// Fortuna 2

- ☐ ÁREA DE SALUD: Golfito // San Andres
- ☐ ÁREA DE SALUD: Cariari // Cariari 1
- ☐ ÁREA DE SALUD: Guácimo // Guácimo
- ☐ ÁREA DE SALUD: Matina // Bataan 1
- ☐ ÁREA DE SALUD: Talamanca // Home Creek
- ☐ ÁREA DE SALUD: Valle La Estrella// Fortuna 1
- ☐ ÁREA DE SALUD: Buenos Aires// Santa Cruz
- ☐ ÁREA DE SALUD: Golfito // Alameda
- ☐ ÁREA DE SALUD: Guácimo // Parismina
- ☐ ÁREA DE SALUD: Guácimo // El Bosque
- ☐ ÁREA DE SALUD: Guácimo // Guayacan
- ☐ ÁREA DE SALUD: Matina // Bataan 2
- ☐ ÁREA DE SALUD: Osa // Palmar Sur
- ☐ Otro

8. Identificación del unidad médica:

Preguntas generales

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

9. Fecha de la última visita del adolescente

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

Instrumentos para detección temprana

10. Anote la fecha de la consulta de la evaluación del riesgo

- ☐ Fecha: DD/MM/YYYY
- ☐ No registrado

Verificará que el instrumento de evaluación de riesgo estén completadas la sección 1 de la ficha autoaplicada por la persona adolescente:

11. Nombre y Apellidos

- ☐ Registrado
- ☐ No registrado

12. Fecha nacimiento

- ☐ Fecha nacimiento: DD/MM/YYYY
- ☐ No registrado

13. Edad

- ☐ Edad:
- ☐ No registrado

14. Sexo

- ☐ M

- ☐ F
- ☐ No registrado

15. Número de identificación

- ☐ Registrado
- ☐ No registrado

16. Dirección

- ☐ Registrado
- ☐ No registrado

17. Teléfono

- ☐ Registrado
- ☐ No registrado

18. Estado civil

- ☐ Soltero (a)
- ☐ Casado (a)
- ☐ Viudo (a)
- ☐ Divorciado (a)
- ☐ Unión libre
- ☐ Desconocido
- ☐ No registrado

19. Asistió a la consulta

- ☐ Solo/a
- ☐ Con padre/madre
- ☐ Con amigo/a
- ☐ Con otra persona
- ☐ No registrado

20. ¿En relación a tu origen étnico ¿qué te considerarás?

- ☐ Blanco/a
- ☐ Mestizo/a
- ☐ Negro/afrodescendiente
- ☐ Mulato/a
- ☐ Indígena
- ☐ No sé
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Verificará que el instrumento de evaluación de riesgo estén completadas **la sección 2** de la siguiente forma:

21. Sección 2

--	--	--	--	--

Datos personales	Sí	No	No sé	No registrado
¿Tenés alergia/s?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te pusieron todas las vacunas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tenés problemas para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Has sufrido cambios grandes de peso ultimamente (aumento/disminucion)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Sección 2

Datos de tu familia (papá o mamá)	Sí	No	No sé	No registrado
Obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecciones (Tuberculosis, VIH, sida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas psicológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas con la ley	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En tu familia ¿hay violencia de algún tipo (insultos, peleas, golpes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguno de tus padres fue madre o padre adolescente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. ¿Tenés alguna discapacidad?

- ☐ Sí (especifique):
☐ No
☐ No sé
☐ No registrado

38. ¿Padecés de alguna enfermedad?

- ☐ Sí (especifique):
☐ No

- ☐ No sé
- ☐ No registrado

39. ¿Tomás medicamentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé
- ☐ No registrado

Verificará que el instrumento de evaluación de riesgo estén completadas **la seccion resultados** de la siguiente forma:

40. Para la seccion A (SOCIAL), indique la resulta para diamantes azules y rosas:

(seleccione todas las que apliquen)

- ☐ 2 o mas celestes = Referencia a grupos juveniles
- ☐ Sospecha de abandono
- ☐ Adolescente menor de 15 anos conviviendo con pareja
- ☐ Sospecha de violencia intrafamiliar
- ☐ Personas menores de edad fuera del sistema escolar
- ☐ Personas menores de 15 anos trabajando
- ☐ Sospecha de situaciones de bullying/violencia
- ☐ Ningun

41. Para la seccion B (SALUD MENTAL), indique la resulta para diamantes azules y rosas:

(seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Sospecha de consumo problematico de alcohol o drogas
- ☐ Sospecha de trastorno de la conducta alimentaria
- ☐ Sospecha de depresion
- ☐ Ideacion y/o intentos suicidas
- ☐ 3 o mas celestes en drogas = sospecha de consumo problematico de drogas
- ☐ 3 o mas celestes en depresion e ideacion suicida = riesgo de depresion
- ☐ Ningun

42. Para la seccion C (SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA), indique la resulta para diamantes azules y rosas:

(seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Petting I
- ☐ Petting II
- ☐ Petting III y IV con uso correcto de metodos de proteccion y anticonceptivos
- ☐ Victima de violencia, abuso y/o discriminacion como resultado de actividades sexuales virtuales (por internet)
- ☐ Adolescente menor de 15 anos con pareja 5 anos mayor
- ☐ Petting III y IV sin uso de metodos de proteccion ni anticoncepcion, o desconocimiento del mismo
- ☐ Adolescente menor de 15 anos con Petting III y IV (con o sin proteccion)
- ☐ Embarazo, antecedente o sospecha de embarazo
- Adolescente madre o padre

- ☐
- ☐ Sospecha, diagnostico o antecedentes de ITS/VIH
- ☐ Sospecha de violencia sexual, abuso o explotacion sexual
- ☐ Ningun

Verificará que el instrumento de evaluación de riesgo estén completadas **la seccion resultados** de la siguiente forma:

43. El médico debe haber marcado alguna(s) de las opciones de evaluación de riesgo (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Sin riesgo
- ☐ Riesgo social
- ☐ Riesgo salud mental
- ☐ Riesgo salud sexual y reproductiva
- ☐ No registrado

44. El médico debe haber marcado alguna de las opciones de evaluación de riesgo

- ☐ Riesgo bajo
- ☐ Riesgo moderado
- ☐ Riesgo alto
- ☐ No registrado

45. Nota las acciones de salud realizadas (en la pagina de RESULTADOS). El médico debe haber marcado alguna o varias de las siguientes opciones:

- ☐ Evaluación de riesgo
- ☐ Información SS/SR
- ☐ Asesoría anticoncepción
- ☐ Provision anticoncepción
- ☐ Provision condones
- ☐ Tratamiento ITS/VIH/sida
- ☐ Referencia servicio/nivel de atención (¿cúal?):
- ☐ Referencia a otra institución (¿cúal?):
- ☐ Referencia a consejería en SS/SR
- ☐ Referencia a actividad grupal complementaria
- ☐ Cita de seguimiento

46. ¿Ha asistido a Actividad Grupal Complementaria?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

47. ¿Fecha en que asistió?

- ☐ Fecha:
- ☐ No registrado

48. ¿Fue referido a Consejería en SS/SR?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

49. Motivo de Referencia:

- ☐ Motivo:
- ☐ No registrado

50. Fecha de I sesión de Consejería:

- ☐ Fecha:
- ☐ No registrado

51. Fecha de II sesión de Consejería:

- ☐ Fecha:
- ☐ No registrado

52. Fecha de III sesión de Consejería:

- ☐ Fecha:
- ☐ No registrado

53. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

^

v

Usted ha llegado al final de este parte 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