



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. Tipo de unidad médica

- ☐ ECO Familiar
☐ ECO Especializado
☐ Hospitals

5. Identificación del Departamento de esta unidad médica:

- ☐ Ahuachapan
☐ Cabañas
☐ Cuscatlan
☐ La Libertad
☐ La Paz
☐ La Union
☐ Morazan
☐ San Vicente
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

6. Identificación del Municipio de esta unidad médica:

- ☐ Ahuachapan
☐ Apastepeque
☐ Chiltiupan
☐ Cojutepeque
☐ El Sauce
☐ Ilobasco
☐ La Libertad
☐ Monte San Juan
☐ San Antonio Masahuat
☐ San Cristobal
☐ San Esteban Catarina
☐ San Francisco Gotera
☐ San Ildefonso
☐ San Vicente

- ☐ Santa Maria Ostuma
- ☐ Santa Rosa de Lima
- ☐ Sensuntepeque
- ☐ Sociedad
- ☐ Tacuba
- ☐ Tecolulca
- ☐ Tejutepeque
- ☐ Zacatecoluca
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

7. Identificación de la Unidad de esta unidad médica:

- ☐ ECOS Especializado Ilobasco
- ☐ ECOS Especializado Sensuntepeque
- ☐ ECOS Especializado Tacuba
- ☐ ECOS Familiar Cerro Colorado
- ☐ ECOS Familiar Cuyantepeque
- ☐ ECOS Familiar El Sincuyo
- ☐ ECOS Familiar San Antonio
- ☐ ECOS Familiar San Lorenzo
- ☐ ECOS Familiar Agua Zarca
- ☐ ECOS Familiar Animas
- ☐ ECOS Familiar Apastepeque
- ☐ ECOS Familiar Calderas
- ☐ ECOS Familiar Chagüite
- ☐ ECOS Familiar Chiltiupan
- ☐ ECOS Familiar Copinolapa
- ☐ ECOS Familiar El Carrizal
- ☐ ECOS Familiar El Chaperno
- ☐ ECOS Familiar El Júcaro
- ☐ ECOS Familiar El Peñón
- ☐ ECOS Familiar Escuela El Rodeo
- ☐ ECOS Familiar Familiar Chunte
- ☐ ECOS Familiar Guachipilín
- ☐ ECOS Familiar Guajoyo
- ☐ ECOS Familiar Hoyos
- ☐ ECOS Familiar Huertas
- ☐ ECOS Familiar Ilobasco
- ☐ ECOS Familiar Intermedia El Sauce
- ☐ ECOS Familiar La Esperanza
- ☐ ECOS Familiar La Labranza
- ☐ ECOS Familiar La Loma
- ☐ ECOS Familiar La Magdalena
- ☐ ECOS Familiar Las Minas
- ☐ ECOS Familiar Las Palmeras
- ☐ ECOS Familiar Las Termópilas
- ☐ ECOS Familiar Llano Grande
- ☐ ECOS Familiar Los Llanitos
- ☐ ECOS Familiar Maquilishuat El Limón
- ☐ ECOS Familiar Maquilishuat Santa Lucia
- ☐ ECOS Familiar Monte San Juan
- ☐ ECOS Familiar Pandiadura
- ☐ ECOS Familiar Potreros
- ☐ ECOS Familiar Rio Grande
- ☐ ECOS Familiar San Antonio Masahuat
- ☐ ECOS Familiar San Carlos Lempa
- ☐ ECOS Familiar San Cristóbal
- ☐ ECOS Familiar San Esteban Catarina
- ☐ ECOS Familiar San Felipe
- ☐ ECOS Familiar San Francisco del Monte
- ☐ ECOS Familiar San Francisco Iraheta
- ☐ ECOS Familiar San Gregorio

- ☐ ECOS Familiar San Ildefonso
- ☐ ECOS Familiar San Jacinto
- ☐ ECOS Familiar San Jacinto La Burrera
- ☐ ECOS Familiar San Jose
- ☐ ECOS Familiar San Lorenzo
- ☐ ECOS Familiar San Nicolás
- ☐ ECOS Familiar San Nicolás
- ☐ ECOS Familiar San Nicolás
- ☐ ECOS Familiar San Nicolas Lempa
- ☐ ECOS Familiar San Pedro
- ☐ ECOS Familiar San Rafael
- ☐ ECOS Familiar Santa Cruz Paraiso
- ☐ ECOS Familiar Santa Cruz Portillo
- ☐ ECOS Familiar Santa María Ostuma
- ☐ ECOS Familiar Santa Marta
- ☐ ECOS Familiar Santa Rosita
- ☐ ECOS Familiar Sensuntepeque
- ☐ ECOS Familiar Sitio Viejo
- ☐ ECOS Familiar Sociedad
- ☐ ECOS Familiar Soledad
- ☐ ECOS Familiar Tacuba
- ☐ ECOS Familiar Talpetate
- ☐ ECOS Familiar Taquillo "Ing. Orlando Recinos"
- ☐ ECOS Familiar Tecoluca
- ☐ ECOS Familiar Tehuacan
- ☐ ECOS Familiar Tejutepeque
- ☐ ECOS Familiar Valle La Puerta
- ☐ ECOS Familiar y Especializado
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. Francisco Menéndez"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. José Luís Saca"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "San Rafael"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Santa Gertrudis"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Santa Teresa"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Cojutepeque
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Santa Rosa de Lima
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Sensuntepeque
- ☐ Unidad de Salud
- ☐ Unidad de Salud: San Antonio Masahuat
- ☐ Unidad de Salud: Sociedad
- ☐ Unidad de Salud: El Sauce
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Preguntas generales

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

Historia clínica perinatal

8. Fecha de última menstruación (FUM)

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

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue . Por favor revisa expedientes con fecha de última menstruación entre 01/04/2012 - 30/09/2013

9. Edad:

- ☐ Registrada
- ☐ No registrada

10. Estado civil/ familiar:

- ☐ Soltera

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

11. Lee y escribe:

- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ No registrado
-

12. Etnia:

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

13. Área:

- ☐ Urban
 - ☐ Rural
 - ☐ No registrado
-

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

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- ☐ Atención prenatal
 - ☐ Atención al nacimiento
 - ☐ Atención posparto
-

15. ¿De que departamento viene la mujer?

- ☐ Choluteca
 - ☐ Copán
 - ☐ Intibucá
 - ☐ La Paz
 - ☐ Lempira
 - ☐ Ocotepeque
 - ☐ Olancho
 - ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
-

16. ¿De que municipio viene la mujer?

- ☐ Ahuachapán
- ☐ Apastepeque
- ☐ Chiltiupan
- ☐ Cojutepeque
- ☐ El Sauce
- ☐ Ilobasco
- ☐ La Libertad
- ☐ Monte San Juan
- ☐ San Antonio Masahuat
- ☐ San Cristóbal
- ☐ San Esteban Catarina
- ☐ San Francisco Gotera
- ☐ San Ildefonso
- ☐ San Vicente
- ☐ Santa María Ostuma
- ☐ Santa Rosa de Lima
- ☐ Sensuntepeque
- ☐ Sociedad
- ☐ Tacuba
- ☐ Tecolulca

- ☐ Tejutepeque
☐ Zacatecoluca
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

17. ¿De que cantón viene la madre?

Gestación Actual

18. Fecha de primera visita a atención prenatal

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

19. Antitetanica vigente:

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

20. Se administró toxoide tetánico:

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

Consultas de atención prenatal

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

- ☐ Número:
☐ No registrado

22. ¿Fue referida la mujer desde otra unidad médica?

-- Seleccione uno --

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

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

24. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

25. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la primera visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la primera visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la primera visita

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

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

Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

27.	1.ra visita	Fecha (DD/MM/AAAA)
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Movimiento fetal	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

29. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

30. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la segunda visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la segunda visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la segunda visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

34. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

35. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la tercera visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la tercera visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la tercera visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

39. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

40. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la cuarta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la cuarta visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la cuarta visita

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

Registrado	No registrado
------------	---------------

Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

44. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

45. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la quinta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la quinta visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la quinta visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

49. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

50. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la sexta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la sexta visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la sexta visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

54. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

55. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la séptima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la séptima visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la séptima visita

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

59. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

60. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la octava visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la octava visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la octava visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------	-----------------------	-----------------------

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

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

64. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

65. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la novena visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la novena visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la novena visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

69. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

70. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la décima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la décima visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la décima visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

74. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

75. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la undécima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la undécima visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la undécima visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

79. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

80. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la duodécima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la duodécima visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la duodécima visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

84. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

85. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la decimotercera visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la decimotercera visita

☐ Médico no dio la atención prenatal durante la decimotercera visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

89. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

90. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

<input type="radio"/> Registrado	<input type="radio"/> No registrado
----------------------------------	-------------------------------------

Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

94. Edad gestacional:

- ☐ Semanas
☐ No registrado

95. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentración de Hb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen general de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

99. Se hizo prueba de anticuerpos para rubeola

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

100. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

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

Atención al nacimiento

101. Fecha de ingreso

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

102. Hora de ingreso

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

103. Fecha en que ocurrió el nacimiento

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

104. Hora en que ocurrió el nacimiento

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

105. ¿Mujer llegó en expulsivo o es cesárea electiva?

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

106. Mujer acompañada por una trabajadora comunitaria para atender el nacimiento en la unidad médica

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

107. Atendió parto:

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Enfermera auxiliar
☐ Estudiante
☐ Empir.
☐ Otro
☐ No registrado

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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Registre si se administró a la mujer:

109. Administrado Fecha/hora registrado

Oxitocina ☐ ☐
Otros uterotónicos ☐ ☐

110. Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Oxitocina

111. Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Otros uterotónicos

112. Forma de administración de la oxitocina:

- ☐ Intramuscular
☐ Intravenosa
☐ No registrado

113. Partograma

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

Revise el partograma y anote si se registró la siguiente información

114. Registrado

Nombre de la paciente ☐
Curva complete hasta el momento del nacimiento ☐
Representación gráfica de la frecuencia cardíaca fetal ☐
Gráfica de la frecuencia de contracciones uterinas ☐
Interpretación de cambios en contracciones uterinas ☐
Tensión arterial sistólica ☐
Tensión arterial diastólica ☐
Pulso ☐
Posición del bebé ☐
Intensidad de las contracciones ☐
Localización del dolor ☐
Intensidad del dolor ☐

115. Registrado

¿Registro de frecuencia cardíaca fetal y curva de alerta? ☐
¿Dilatación > 4.5 cm? ☐
¿Frecuencia cardíaca fetal < 120 l/m? ☐
¿Se superó la curva de alerta? ☐

116. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si FCF < 120?

- ☐ Sí
☐ No

117. ¿Cuales de las siguientes se incluyen en la nota?

- ☐ Cesárea
☐ Traslado / Referencia
☐ Monitoreo electrónico fetal
☐ Monitoreo clínico cada 15 minutos
☐ Oxígeno
☐ Decúbito lateral izquierdo
☐ Expansión volumétrica: administración de soluciones cristaloides (aplicación de suero)
☐ Uso de beta-bloqueadores
☐ Ruptura artificial de membranas
☐ Otro: especificar

118. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si dilatación > 4.5 cm?

- ☐ Sí
☐ No

119. ¿Cuales de las siguientes se incluyen en la nota?

- ☐ Nota especificando no hacer nada (evolución espontánea).
☐ Traslado / Referencia
☐ Reportar a otro médico
☐ Oxitocina
☐ Ruptura artificial de membranas
☐ Cesárea
☐ Monitoreo frecuente del trabajo de parto
☐ Nota especificando nuevo curso de acción
☐ Otro: especificar

120. ¿Se observe un descenso en la frecuencia cardiaca fetal?

-- Seleccione uno --

121. Registre qué se hizo si hubo descenso de la frecuencia cardiaca fetal

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

122. Indique si la mujer fue referida

-- Seleccione uno --

123. Razón por la que fue referida

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

124. Tipo de nacimiento

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

125. Especifique el tipo de cesárea

- ☐ Cesárea de emergencia
☐ Cesárea electiva
☐ No registrado

Periodo posparto [RECIENTE NACIDO]

Revise la información de atención post-parto y registre si se realizaron las siguientes mediciones después del nacimiento. Registre "-1" si la información no está disponible. Cada pregunta/espacio requiere una respuesta.

126.	Número de veces durante las primeras 2 horas	Número de veces durante la primera hora	Número de veces durante la segunda hora
Presión arterial diastólica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial sistólica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Temperatura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

127.	Registrado	Valores	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

129. Tipo de nacimiento:

- ☐ Un solo bebé
☐ Múltiple
☐ No registrado

130. Sexo del bebé:

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ No registrado

131. Sexo de los bebés:

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Masculino y femenino
☐ No registrado

132. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Pasante de servicio social
☐ Nadie
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

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

133.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Administración de vitamina K.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de oxitetracilina oftálmica como profilaxis o clorafenicol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Curación del cordón umbilical con agua y clorhexidina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación para presencia de malformaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación del color de la piel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de vacuna BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

134.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Medición de APGAR 1 minuto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medición de APGAR 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Circunferencia cefálica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

135. Recibió la mujer anticoncepción

- ☐ Sí
☐ No
☐ Referida
☐ No registrado

136. ANTICONCEPCION

Método anticonceptivo recibido

- ☐ No se informa
☐ Referida
☐ Natural/Ritmo
☐ Condón / barrera
☐ DIU
☐ Hormonal
☐ Píldoras
☐ Ligadura tubarica
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

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

- ☐ Viva
☐ Viva despues de traslado
☐ Fallece
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

138. Referida Posparto:

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

139. Razón por la que fue referida:

- ☐ Complicaciones durante el nacimiento
☐ Complicaciones maternas durante el nacimiento
☐ Complicaciones neonatales
☐ Otro

☐ No registrado

140. Lugar a donde fue referida:

141. Fecha de egreso/referencia

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

142. Hora de egreso/referencia

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

143. Fecha de defunción

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

144. Hora de defunción

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

145. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

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