



0%

**BID****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. Identificación del Departamento de esta unidad médica:**

- ☐ Ahuachapán
- ☐ Cabañas
- ☐ Cuscatlán
- ☐ La Libertad
- ☐ La Paz
- ☐ La Unión
- ☐ Morazán
- ☐ San Vicente
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

2. Identificación del Municipio de esta unidad médica:

- ☐ 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
- ☐ Tacubá
- ☐ Tecolulca
- ☐ Tejutepeque
- ☐ Zacatecoluca
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

3. Identificación de la Unidad:

- ☐ ECOS Especializado Ilobasco
- ☐ ECOS Especializado Sensuntepeque
- ☐ ECOS Especializado Tacubá
- ☐ 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 Jícaro
☐ 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
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

4. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

5. Identificación 1 del entrevistador

6. Identificación 2 del entrevistador

7. Tipo de unidad médica:

- ☐ ECOS Familiar
- ☐ ECOS Especializado y Familiar

Manejo de diarrea

8. Verifique que la zona y el número la familia están registradas en este expediente del niño.

- ☐ Registrada
- ☐ No registrada

9. Identifique en los registros de niños con diarrea en los últimos 2 años.

Fecha de revisión/consulta de diarrea:

- ☐ (DD/MM/AAAA)

10. Identifique en los registros de niños con diarrea en los últimos 2 años.

Hora de revisión/consulta de diarrea (horario de 24 horas):

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

11. Edad de niño:

- ☐ años
- ☐ meses
- ☐ días

Este expediente no es elegible porque la zona y número de la familia no están registrados.

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de consulta fue . Por favor revise expedientes con fechas de consulta entre 01/02/2012 - 31/01/2014.

12. Sexo del niño

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No registrado

13. ¿El niño tiene diarrea?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

14. ¿El niño tiene deshidratación?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

Anote si se registraron los siguientes síntomas

15.	Registrado (si/no)	Resultado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Condición general	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sed	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pliegues cutáneos	<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"/>

16. Si/no
- No puede beber o tomar el pecho ☐
- Convulsiones ☐
- Letargico o inconsciente ☐
- Vomita toda ☐
- Otro (especificar)

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

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

18. Anote el diagnóstico
- ☐ Diarrea aguda sin deshidratación
- ☐ Diarrea aguda con deshidratación
- ☐ Diarrea aguda con deshidratación severa
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

19. Anote el tratamiento que se prescribió
- ☐ Se dio sales de rehidratación oral
- ☐ Terapia de rehidratación intravenosa
- ☐ Zinc
- ☐ Referencia
- ☐ Otra
- ☐ No registrado

Anote si se recetó algo para consumir en casa

20. Recetado (si/no)
- Sales de rehidratación oral ☐
- Zinc ☐
- Otro (especificar)
- Otro (especificar)

21. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha indicado que este niño no tiene diarrea. Por favor, revia expedientes de diarrea en niños menores de 5 años.

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.