

 0%**Banco Interamericano de Desarrollo****Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)****Página de inicio de sesión para la encuesta de establecimientos de salud**

ID:



1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

2. Identificación 1 del entrevistador



3. Identificación 2 del entrevistador



4. Identificación del centro:

- ☐ Comitancillo / Comitancillo
- ☐ Concepción Tutuapa / Concepción Tutuapa
- ☐ Sibinal / Sibinal
- ☐ Tajumulco / Tajumulco
- ☐ Ixchiguan / Ixchiguan
- ☐ San José Ojetenam / San José Ojetenam
- ☐ Santiago Chimaltenango / San Pedro Necta
- ☐ San Idelfonso Ixtahuacán / San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ Santa Barbara / Santa Barbara
- ☐ San Miguel Acatán / San Miguel Acatán
- ☐ Todos Santos Cuchumatan / Todos Santos Cuchumatan
- ☐ San Juan Atitan / San Juan Atitan
- ☐ San Mateo Ixtatán / San Mateo Ixtatán
- ☐ Colotenango / Colotenango
- ☐ San Sebastian Huehuetenango / San Sebastian Huehuetenango

- ☐ San Rafael Petzal / San Rafael Petzal
- ☐ San Gaspar Ixchil / San Gaspar Ixchil
- ☐ San Miguel Ixtlahuacán / San Miguel Ixtlahuacán
- ☐ Tacaná / Tacaná
- ☐ La Reforma / La Reforma
- ☐ San Lorenzo / San Lorenzo
- ☐ Nuevo Progreso / Nuevo Progreso
- ☐ San Rafael la Independencia / San Rafael la Independencia
- ☐ Barillas / Santa Cruz Barillas
- ☐ Santiago Chimaltenango / Santiago Chimaltenango
- ☐ Hospital Nacional de San Marcos
- ☐ Hospital Regional de Quetzaltenango
- ☐ Hospital Nacional de Malacatan
- ☐ Hospital Distrital de San Pedro Necta
- ☐ Hospital Nacional de Huehuetenango
- ☐ El Zapote / San Miguel Ixtahuacán
- ☐ Santa Eulalia / Santa Eulalia
- ☐ Lajchunaj / Santa Eulalia
- ☐ Wayacoy / Santa Eulalia
- ☐ Nueva Esperanza / Barillas
- ☐ San Sebastian Coatan / San Sebastian Coatan
- ☐ Chacolín / Barillas
- ☐ Buena Vista / Nuevo Progreso
- ☐ Palajachuj / San Sebastian Huehuetenango
- ☐ San Jose Pueblo Nuevo / San Sebastian Coatan
- ☐ Jolomtaj / Barillas
- ☐ San Rafael Tacana / Tacaná
- ☐ Istinajap / San Rafael la Independencia
- ☐ Tuichan / Ixchiguan
- ☐ Tuimuj / Comitancillo
- ☐ Pueblo Nuevo / Tajumulco
- ☐ Belajuyape / Concepción Tutuapa
- ☐ El Papal / San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ San Rafael Iguil / San José Ojetenam
- ☐ Tuiladrillo / Ixchiguan
- ☐ Choanla / San José Ojetenam
- ☐ San Andres / Ixchiguan
- ☐ Tuimuca / Concepción Tutuapa
- ☐ Bulej / San Mateo Ixtatán
- ☐ Tuilelén / Comitancillo
- ☐ Taquina / San Miguel Atacán
- ☐ Tuizmo / Concepción Tutuapa
- ☐ Yolcultac / San Mateo Ixtatán
- ☐ Michicoy / San Pedro Necta
- ☐ SanMartin / Todos Santos Cuchumatan

- ☐ La Laguna / Concepción Tutuapa
- ☐ Yamoj / Concepción Tutuapa
- ☐ Choapequez / Ixchiguan
- ☐ Ixconlaj / Colotenango
- ☐ Canul / San Miguel Acatán
- ☐ Tuiquinamble / Ixchiguan
- ☐ Checambá / Sibinal
- ☐ Tuichuna / Concepción Tutuapa
- ☐ Chicajalaj / Comitancillo
- ☐ Lacandon / Concepción Tutuapa
- ☐ Chenicham III / San Miguel Acatán
- ☐ Ixquisis / San Mateo Ixtatán
- ☐ Buena Vista / Concepción Tutuapa
- ☐ Porvenir Candelaria / Comitancillo
- ☐ Totaná / Tajumulco
- ☐ Quixic II / San Miguel Acatán
- ☐ Unidad Movil 284-2013 / Tacana
- ☐ Unidad Movil 315-2013 / Tacana
- ☐ Unidad Movil 285-2013 / Tacana
- ☐ Unidad Movil 341-2013 / Santa Cruz Barillas
- ☐ Unidad Movil 293-2013 / Tajumulco
- ☐ Unidad Movil 352-2013 / San Rafael Petzal
- ☐ Unidad Movil 336-2013 / San Mateo Ixtatán
- ☐ Unidad Movil 356-2013 / Santa Barbara
- ☐ Unidad Movil 378-2013 / Todos Santos Cuchumatan
- ☐ Unidad Movil 335-2013 / San Miguel Acatán
- ☐ Unidad Movil 292-2013 / Tajumulco
- ☐ Unidad Movil 321-2013 / San Miguel Acatán
- ☐ Unidad Movil 337-2013 / San Miguel Ixtatán
- ☐ Unidad Movil 344-2013 / San Miguel Ixtatán
- ☐ San Ramón / Huehuetenango
- ☐ Nuca / Huehuetenango
- ☐ Yulatizú / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 324-3013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 323-3013 / Huehuetenango
- ☐ Tuichoquel / San Marcos
- ☐ La Torre Tuichilupe / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 291-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 290-2013 / San Marcos
- ☐ Antiguo Tutuapa / San Marcos
- ☐ Soche / San Marcos
- ☐ Los Encuentros / San Marcos
- ☐ Tuijoj / San Marcos
- ☐ San Antonia Ixchiguan / San Marcos
- ☐ Calapte / San Marcos

- ☐ Once de Mayo / San Marcos
- ☐ Bexoncan / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 295-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 294-2013 / San Marcos
- ☐ Santa Clara / San Marcos
- ☐ San Jose Ixtal / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 311-2013 / San Marcos
- ☐ El Triunfo / San Marcos
- ☐ Sicabe Bella Vista / San Marcos
- ☐ El Salitre / San Marcos
- ☐ Chuená / San Marcos
- ☐ Tierra Colorada / Huehuetenango
- ☐ Acal / Huehuetenango
- ☐ Chiquilila / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 380-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 325-2013 / Huehuetenango
- ☐ Pavolaj / San Marcos
- ☐ San Fernando / San Marcos
- ☐ Esquipulas / San Marcos
- ☐ Laguna Grande / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 353-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 354-2013 / Huehuetenango
- ☐ Río Blanco / San Marcos
- ☐ Santa Rosa / San Marcos
- ☐ Cerro Grande / San Marcos
- ☐ Ixlahuitz Coyá II / Huehuetenango
- ☐ San Sebastian Coatan / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 317-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 357-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 358-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 365-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 322-2013 / Huehuetenango
- ☐ Sheshap / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 350-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 351-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 355-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 339-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 340-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 320-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 319-2013 / Huehuetenango
- ☐ Sacpic / Huehuetenango
- ☐ Cruz Quemada / Huehuetenango
- ☐ Ixcánaj / Huehuetenango
- ☐ Quixabaj / Huehuetenango
- ☐ Michicoy / Huehuetenango

- ☐ Chocabj / San Marcos
- ☐ San Antonio Barranca / San Marcos
- ☐ Maria Cecilia / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 318-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 314-2013 / San Marcos
- ☐ La Esperanza / San Marcos
- ☐ San Pablo Toaca / San Marcos
- ☐ Tojcheche / San Marcos
- ☐ Sajqim / San Marcos
- ☐ Canchicupe / San Marcos
- ☐ San José la Paz / San Marcos
- ☐ Tocuto / San Marcos
- ☐ Champache / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 288-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 289-2013 / San Marcos
- ☐ Otro



5. Primero quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿Qué tipo de servicio de salud es éste?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Centro comunitario
- ☐ Centro de Salud
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Unidad mínima de Salud
- ☐ Centro de convergencia
- ☐ CAP
- ☐ CAIMI
- ☐ CENAPA
- ☐ Hospital

Lista de verificación de observación

Una vez terminada la entrevista a el(la) responsable del servicio de salud, solicítele iniciar la visita al servicio de salud acompañado del responsable o la persona que él(ella) designe.



6. Seleccione el área en la que llevará a cabo la observación.

Entre en cada uno de los módulos aunque independientemente de que se ofrezca el servicio o no en esta unidad.

- ☐ Atención prenatal y postnatal, y/o consultorio ginecobstetricia
- ☐ Sala de expulsion o sala de atencion de parto
- ☐ Sala de expulsión de emergencia o sala de parto que puede atender complicaciones obstétricas y neonatales
- ☐ Área de planificacion familiar
- ☐ Consultorio de atención de niños y/o consultorio pediatría
- ☐ Área de vacunación
- ☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
- ☐ Área de diagnóstico por imágenes
- ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos

- ☐ Farmacia
- ☐ Laboratorio
- ☐ Sala situacional
- ☐ Condiciones generales de servicio de salud
- ☐ Al final de la encuesta



7. ¿Está usted seguro de que quiere enviar esta encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No

Atención prenatal y post-natal



8. *Solicite ver las áreas o consultorios en los que se da la atención prenatal y postnatal.*

Características de las áreas físicas:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante del servicio de salud le llevará a esa área y mostrar
Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:



9.

	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Balanza de pie con Tallímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mesa para examen ginecológico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cinta Métrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lámpara de cuello/ganso o de mano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Historia clínica materno perinatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Carnet o tarjeta materno perinatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



10.

	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Fetoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



11. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Normas nacionales, lineamientos o protocolos de planificación familiar o servicios de salud reproductiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos de atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos de atención post-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre consejería en nutrición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



12. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos.

Los siguientes materiales deben estar colocados en la pared o en un lugar visible.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Materiales visuales para educación sobre embarazo y atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Materiales impresos sobre higiene

☐☐☐

13. Solicite ver los registros de mujeres en atención prenatal

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar



14. Solicite ver los registros de mujeres en atención postparto

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

Sala de expulsión o nacimiento

15. Solicite ver la sala de expulsión o lugar donde atiende los nacimientos.

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante del servicio de salud le llevará a esa área y mostrar

Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:



16.

Observado
(si/no)

Total observados

Total funcionando

Equipo p/ suero
c/ macrogotero y
microgotero☐ ☐Campos estériles
para recibir al
recién nacido☐ ☐Sonda
Nasogástrica K 33☐ ☐

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:



17.

Observado
(si/no)


Catéter Intravenoso Estéril N° 18

☐ ☐Pinza metálica o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento
umbilical☐ ☐

18. Pida ver el carro para partos de emergencia en el establecimiento.

- ☐ Observados
- ☐ No se observó


☐ Se negó a mostrar

 19. Evalúe las condiciones de la sala de nacimiento (expulsión)

	Observado	No observado	Otro	Rechazó mostrar
Piso: limpio y trapeado, sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muebles y sillas limpias y sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo y estantería limpios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paredes razonablemente limpias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


 20. Sala de expulsión o nacimiento culturalmente adaptada para población indígena

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

 21. Cama o colchón para parto en posición vertical en sala de nacimiento culturalmente adaptada

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Sala de atención de emergencias

 22. Solicite ver la sala emergencias
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Área con privacidad visual únicamente
☐ Area no privada
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante del servicio de salud le llevará a esa área y mostrar

23.	Observado	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro o Esfignomanometro	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio Pinard	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doppler portátil	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autoclave	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de			

calor seco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación o ambu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal o ambu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laringoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para AMEU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



24.

Observado
(si/no)

Total observados

Total funcionando

Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Anestesia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Cesárea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para curetaje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Área de Planificación familiar



25. Pida ver el lugar donde se proporciona la asesoría para planificación familiar y anote lo siguiente. (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar



26. Por favor verifique la existencia de métodos anticonceptivos en este servicio de salud (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, en el área de planificación familiar
- ☐ Sí, en la farmacia o en otra área del servicio de salud, pero no en el área de planificación familiar.
- ☐ Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.
- ☐ No
- ☐ No sabe



27. Por favor verifique si los métodos anticonceptivos están guardados o almacenados en el mismo lugar que otros medicamentos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Sí

- ☐ No
- ☐ No sabe

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante del servicio de salud le llevará a esa área y mostrar

Anote la existencia de los siguientes equipos:



28.

Observado (si/no)

Condón masculino

☐ ☐

Inyectables (1 por mes)

☐ ☐

Inyectables (de 3 meses)

☐ ☐

Dispositivo intrauterino

☐ ☐

Píldoras anticonceptivas combinadas

☐ ☐

Píldoras anticonceptivas de progestina

☐ ☐


29.

Observado (si/no)

Equipo de inserción DIU

☐ ☐


30.

Condón masculino

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐


31.

Píldoras anticonceptivas combinadas

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐


32.

Píldoras anticonceptivas de progestina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐


33.

Inyectables (1 por mes)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐


34.

Inyectables (de 3 meses)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐



35.

Dispositivo intrauterino

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐

36.

Equipo de inserción DIU

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐

37. Por favor verifique cuándo fue la última vez que este servicio de salud recibió anticonceptivos, independientemente de que haya sido solicitado por el servicio de salud o que hayan llegado como parte de un sistema rutinario de abasto

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Dentro de las 4 semanas anteriores
- ☐ Entre 4 y 12 semanas
- ☐ Hace más de 12 semanas
- ☐ No existe un sistema de abasto rutinario
- ☐ No sabe



38. Si está disponible, pida ver los registros de la información acerca de las charlas de planificación familiar otorgadas.

- ☐ Observada
- ☐ No observada
- ☐ Otra, especifique:
- ☐ Se negó a mostrar



39. Por favor pregunte sobre el registro de los servicios de planificación familiar que se ofrecen fuera del servicio de salud y verifique cuántos días en un mes se ofrecen este tipo de servicios fuera del servicio de salud.
(CONVIERTA SEMANAS Y MESES A DÍAS)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)


- ☐ Sí, número de días:
- ☐ No se ofrece el servicio fuera del servicio de salud
- ☐ No sabe
- ☐ No responde



40. Por favor verifique la disponibilidad de materiales de enseñanza y protocolos


(ANOTE UNA OPCIÓN PARA CADA PREGUNTA)	Observada	No observada	Se negó a mostrar
Alguna guía o protocolo para planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guía para atención de personas con datos			

sugerentes de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos para diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  41. Por favor pida que le muestren los siguientes tipos de folletos informativos o folletos para llevar a casa en la lengua nativa.

	Observado	No observado	Se negó a mostrar
Posters sobre planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre información general sobre Infecciones de Transmisión Sexual o VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área o Sala de atención para niños


-  42. Solicite ver la sala de atención para niños y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Área con privacidad visual únicamente
☐ Área no privada
☐ Otro
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante del servicio de salud le llevará a esa área y mostrar
 Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:


43.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sigsa 5A	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

44.	Observado
Termómetro oral	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Termómetro axilar	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>


45.  Observado (si/no) Total observados Total funcionando

Tensiómetro pediátrico ☐ ☒


Balanza pediátrica ☐ ☒

46.  Observado (si/no) Total observados Total funcionando

Negatoscopio ☐ ☒

47.  Por favor revise que los siguientes materiales estén colocados en la pared o en algún lugar visible


(SELECCIONE UNA OPCIÓN)	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Materiales impresos sobre signos y síntomas de riesgo en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre nutrición y alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48.  Si está disponible, pida ver los registros donde es anotada la información del servicio de atención a niños


(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Área o cuarto de vacunación


49.  Solicite ver la sala o área de vacunación y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar


50.  Pida ver el equipo de inyecciones usado durante las sesiones de vacunación de rutina en

esta instalación. Observe también el tipo.
(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES)

- ☐ Observado, desechable
- ☐ Observado, esterilizable
- ☐ Observado, autoinutilizable
- ☐ Observado, reesterilizable
- ☐ Informado, no visto
- ☐ Observados, otros
- ☐ Se negó a mostrar

 51. Verifique la existencia de elementos necesarios para servicios de vacunación


(SELECCIONE UNO EN CADA UNO)	Observado	No se observó	Otro	Se negó a mostrar
Esquema nacional de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hojas de resumen o registros permanentes para registros de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 52. Pida que le enseñen los registros de información del servicio de vacunación para niños

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar


Cadena de frío

 53. Por favor verifique si este servicio de salud almacena vacunas, o las vacunas son recogidas de otro servicio de salud o son entregadas al servicio de salud cuando van a ser aplicadas. (Recuerde que guardar vacunas por solo 1-2 días antes de su uso, no es almacenamiento de vacunas)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, se almacenan vacunas en el servicio de salud
- ☐ Son recogidas de otro servicio de salud o entregadas inmediatamente antes de su uso.
- ☐ No se almacenan vacunas
- ☐ No responde

Pida que le enseñen donde se guardan las vacunas y verifique el equipo utilizado para almacenar vacunas

 54. Cantidad utilizada para **el almacenamiento de vacunas** Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó

	mostrar	
Refrigerador eléctrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de querosén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador solar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termo frío (hielera)	<input type="text"/>	<input type="text"/>



55.

Cantidad utilizada **NO** para el almacenamiento de vacunas

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó
mostrar

Refrigerador eléctrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de querosén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador solar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termo frío (hielera)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verifique los termómetros e indique cuantos son **(indique solamente los termómetros de vacunación)**



56.

Cantidad

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó
mostrar

Termómetros digitales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termómetros de alcohol	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termómetros de vástago	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



57. Pida para ver las termos de transporte de vacunas disponibles

- ☐ Observadas, cantidad de termos vistos:
☐ Informadas
☐ No vistos
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar




58. Pida ver los paquetes de hielo o gel frío usados (baterías frías) en las termos de transporte de vacunas (juego = cuatro o cinco por caja).

- ☐ Observados, un juego
☐ Observados, dos o más juegos
☐ No vista
☐ Otro

☐ Se negó a mostrar

Suministro de vacunas

 59. Por favor pida que le enseñen donde se registra el suministro (recepción) de vacunas

- ☐ Registro observado
☐ No observado
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar
☐ No se proporcionan servicios de vacunación

Verifique el abastecimiento de las siguientes vacunas para hoy:


 60. Abasto observado

Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb)	<input type="text"/>
Polio	<input type="text"/>
SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)	<input type="text"/>
Influenza	<input type="text"/>
Rotavirus	<input type="text"/>
Conjugado neumocócico	<input type="text"/>
BCG	<input type="text"/>
Tétano	<input type="text"/>

 61. Abasto observado

DPT (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="text"/>
Hepb (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="text"/>
Hepatitis B (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="text"/>

Revise los registros o kardex/BRES para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

 62. Verifique los siguientes kardex/BRES de abastacimiento u otro registro de las siguientes vacunas:

	Kardex/BRES observado	Kardex/BRES no observado
SRP (sarmption, rubeola, y parotiditis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tétano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 63. BCG

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="text"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="text"/>

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



64.

SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



65.

Tétano

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



66. Por favor verifique cuándo fue la última vez que el servicio de salud recibió suministro de vacunas, independientemente de que hayan sido solicitadas por el servicio de salud o que hayan llegado como parte de un sistema rutinario de abasto (SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Dentro de las 4 semanas anteriores
- ☐ Entre 4 y 12 semanas
- ☐ Más de 12 semanas
- ☐ No existe un sistema rutinario de abasto
- ☐ No sabe

Para refrigerador #1, respuesta a las siguientes preguntas:



67. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar



68. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):


- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



69. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.


(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-


 70. Verifique si se completó el registro de la temperatura dos veces por día de **lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):


- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

 71. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-


 72. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-


 73. Indique si el refrigerador o caja fría está protegido de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegido
 - ☐ No protegido
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

Para refrigerador #2, respuesta a las siguientes preguntas:

 74. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
 - ☐ No observado
 - ☐ El termómetro no funciona
 - ☐ No hay termómetro
 - ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
 - ☐ Se negó a mostrar
-

 75. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



76. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



77. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



78. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado



79. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado



80. Indique si el refrigerador o caja fría está protegido de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegido
- ☐ No protegido
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #3, respuesta a las siguientes preguntas:




81. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)


- ☐ Temperatura en grados centígrados:

-
- ☐ No observado
 - ☐ El termómetro no funciona
 - ☐ No hay termómetro
 - ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
 - ☐ Se negó a mostrar
-

 82. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.


(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

 83. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.


(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-


 84. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):


- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

 85. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-

 86. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

 87. Indique si el refrigerador o caja fría está protegido de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegido
- ☐ No protegido
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #4, respuesta a las siguientes preguntas:



88. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar



89. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



90. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



91. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.


(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar




92. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado


 93. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado


 94. Indique si el refrigerador o caja fría está protegido de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegido
- ☐ No protegido
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #5, respuesta a las siguientes preguntas:


 95. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

 96. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.


(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

 97. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

 98. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



99. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado



100. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado



101. Indique si el refrigerador o caja fría está protegido de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegido
- ☐ No protegido
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #6, respuesta a las siguientes preguntas:



102. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar



103. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):


- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



104. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.


(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar


 105. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):


- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

 106. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado


 107. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

 108. Indique si el refrigerador o caja fría está protegido de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegido
- ☐ No protegido
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #7, respuesta a las siguientes preguntas:

 109. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

 110. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



111. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



112. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



113. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado



114. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado



115. Indique si el refrigerador o caja fría está protegido de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegido
- ☐ No protegido
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #8, respuesta a las siguientes preguntas:




116. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)


- ☐ Temperatura en grados centígrados:

-
- ☐ No observado
 - ☐ El termómetro no funciona
 - ☐ No hay termómetro
 - ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
 - ☐ Se negó a mostrar

 117. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.


(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

 118. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.


(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar


 119. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):


- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

 120. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

 121. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

 122. Indique si el refrigerador o caja fría está protegido de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegido
- ☐ No protegido
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #9, respuesta a las siguientes preguntas:



123. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
 - ☐ No observado
 - ☐ El termómetro no funciona
 - ☐ No hay termómetro
 - ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
 - ☐ Se negó a mostrar
-



124. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-



125. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-



126. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-



127. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado



128. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado



129. Indique si el refrigerador o caja fría está protegido de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegido
- ☐ No protegido
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #10, respuesta a las siguientes preguntas:



130. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar



131. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



132. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar



133. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-



134. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-



135. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-



136. Indique si el refrigerador o caja fría está protegido de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegido
 - ☐ No protegido
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

Área de diagnostico por imagen



137. Solicite ver la área de diagnóstico por imágenes:

SELECCIONE UNA OPCIÓN - si no aplica seleccione "no se dan estos servicios"

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
 - ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
 - ☐ Área con privacidad visual únicamente
 - ☐ Area no privada
 - ☐ No se dan estos servicios
 - ☐ Rechazó mostrar
-



138.

Por favor anote la disponibilidad y número del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)	Observado, número:	No observado	Se niega a mostrar
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rayos X	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



139.

Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)	Sí, funciona	No funciona	No sabe
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rayos X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo de ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área de disposición de desechos biológicos peligrosos



140. Por favor pida que le enseñen cómo y dónde se desechan los residuos biológicos peligrosos (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar



141. Pida que le enseñen el registro de información sobre la disposición de residuos biológicos peligrosos


(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar



142. Pida ver los autoclaves.


- ☐ Observado, número:
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar







 143. Número de autoclaves funcionantes:


Farmacia


Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante del servicio de salud le llevará a esa área y mostrar

Registre si se observaron los siguientes insumos

 144. Observado

Hierro	<input type="checkbox"/> 
Acido fólico	<input type="checkbox"/> 
Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos	<input type="checkbox"/> 
Láminas porta objetos	<input type="checkbox"/> 
Nitrofurantoina	<input type="checkbox"/> 
Multivitamínico/micronutrientes	<input type="checkbox"/> 


 145. Observado













Penicilina benzatinica	<input type="checkbox"/> 
------------------------	--


 146. Observado




Cefalexina	<input type="checkbox"/> 
------------	---

Anote si se observaron los siguientes insumos

 147. Observado

Oxitocina	<input type="checkbox"/> 
Metilergonovina	<input type="checkbox"/> 
Dexametasona	<input type="checkbox"/> 
Betametasona	<input type="checkbox"/> 
Gentamicina	<input type="checkbox"/> 
Metronidazol	<input type="checkbox"/> 
Sulfato de Magnesio	<input type="checkbox"/> 
Hidralazina	<input type="checkbox"/> 
Gluconato de calcio	<input type="checkbox"/> 
Amikacina	<input type="checkbox"/> 
Clindamicina	<input type="checkbox"/> 
Penicilina	<input type="checkbox"/> 

 148. Observado


Bencilpenicilina G cristalina	<input type="checkbox"/> 
Ceftriaxona	<input type="checkbox"/> 
Cloranfenicol	<input type="checkbox"/> 

Nifedipina ☐ ☐

Diazepam ☐ ☐


Difenilhidantoina ☐ ☐

Hidralazina cloridrato ☐ ☐

 149. Observado

Ampicilina ☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

 150. Observado

Sulfato ferroso en gotas o jarabe ☐ ☐

Sulfato de Zinc ☐ ☐

Albendazol ☐ ☐


Amoxicilina ☐ ☐

Gluconato de zinc ☐ ☐

Mebendazol ☐ ☐

Eritromicina ☐ ☐


Sales de rehidratación oral (paquetes/sobres) ☐ ☐

 151. Observado

Solucion salina ☐ ☐


Lactato de Ringer ☐ ☐

Solución Hartmann ☐ ☐

 152. Observado (si/no)

Dextrosa ☐ ☐


Revise los registros o kardex/BRES para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses.

 153. Hierro

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐


Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

 154. Multivitamínico/micronutrientes

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

 155. Acido fólico

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐ ▼



156.

Nitrofurantoina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐ ▼



157.

Amoxicilina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐ ▼



158.

Cefaxilina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐ ▼



159.

Oxitocina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐ ▼



160.

Metilergonovina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐ ▼



161.

Dexametazon

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐ ▼



162.

Betametasone

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐ ▼



163.

Gentamicina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐ ▼

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



164.

Amikacina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



165.

Penicilina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



166.

Ampicilina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



167.

Metronidazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



168.

Clindamicina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



169.

Sulfato de Magnesio

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



170.

Hidralazina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐



171.

Gluconato de calcio

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐ ☐

172.

Bencilpenicilina G cristalina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐ ☐

173.

Ceftriaxona

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐ ☐

174.

Chloramphenicol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐ ☐

175.

Diazepam

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐ ☐

176.

Difenilhidantoína

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐ ☐

177.

Nifedipina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐ ☐

178.

Sulfato ferroso en gotas o jarabe

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐ ☐

179.

Sales de rehidratación oral

(paquetes/sobres)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

180.

Sulfato de Zinc

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

181.

Gluconato de Zinc

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

182.

Albendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

183.

Mebendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

184.

Amoxicilina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

185.


Eritromicina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

186.

Penicilina benzatínica


Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

 187. Lactato de Ringer

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)


Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

 188. Solución salina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)


Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

 189. Solución salina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)


 190. Dextrosa

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Servicios de laboratorio


 191. Solicite ver el área en la que se llevan a cabo las tomas de muestra para los análisis de laboratorio e indique las características del área:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Área privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área no privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Privacidad visual solamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otra
- ☐ No hay ese servicio
- ☐ Rechazó mostrarlo

Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante del servicio de salud le llevará a esa área y mostrar

Indique la disponibilidad, condición y número de los siguientes equipos e insumos

 192. Observado (si/no)




Kit para prueba rápida de sífilis

Kit para prueba rápida de VIH/SIDA

Tirillas para detección de proteína en orina

Tirillas para detección de glucosa en orina

 193. Observado (si/no)

Kit para prueba de embarazo	
Rapid test para glicemia	
Guardián de punzocortantes	

194. Observado (si/no)

Hemocue	<input type="text"/>	<input type="button" value="v"/>
Microcubetas	<input type="text"/>	<input type="button" value="v"/>
Tiras de glucosa en sangre	<input type="text"/>	<input type="button" value="v"/>

 195.	Observado (si/no)
--	----------------------

- Centrífuga
- Tubos de ensayo
- Insumos para hematocrito con método tradicional (capilares y regla de medición)
- Equipo de hematología completo automatizado
- Glucómetro

 196. these items are shown based on facility type on an individual basis

	Observado	No observado
Reactivos para analysis de hemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reactivos para analysis de glicemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glucómetro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Microscopio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo para análisis de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contador de células automático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo para inmunoensayo de enzimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo para recuento de plaquetas, recuento de glóbulos rojos y recuento de glóbulos blancos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo para tiempo de protrombina y tromboplastina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

197.	Observado (si/no)
------	-------------------

Química sanguínea básica (creatinia, N, Urea)

Equipo para VDRL

En la sala situacional, indique la disponibilidad de las siguientes gráficas o análisis de datos (pueden llamarse Gráficas para la Ventana de los Mil Días y Plan Hambre Cero u otras como temas materno,

neonatales, e infantiles):

198.	Observado (Sí/No)
Temas de vacunación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suplementación de micronutrientes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Métodos de PF distribuidos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Visitas comunitarias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cobertura de control prenatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cobertura de parto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cobertura puerperio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>

Características generales del servicio de salud de salud

199. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarla

200. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

☐ Sí, funciona
☐ No funciona
☐ No sabe

201. ¿Tiene combustible la planta de electricidad de emergencia?

☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

202. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Según nuestros registros, los datos no han sido plenamente recogidos por uno o más áreas de este módulo. Se puede ir de nuevo a las secciones incompletas ahora.

203. Seleccione el área en la que llevará a cabo la observación:

☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal
☐ Sala de expulsión
☐ Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)
☐ Área de planificación familiar
☐ Área de atención a niños
☐ Área de vacunas
☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)

- ☐ Área de diagnóstico por imágenes
 - ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos
 - ☐ Farmacia
 - ☐ Laboratorio
 - ☐ Sala situacional
 - ☐ Condiciones generales del servicio de salud
-



204. Escriba comentarios adicionales aquí.

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