



0%



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

Página de inicio de sesión para la encuesta de establecimientos de salud

ID:

Revisión del registro médico

Por favor tenga presente que todas las preguntas en esta sección se refieren a las mediciones y procedimientos realizados a recién nacido, salvo que se especifique de otra forma

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

2. Identificación 1 del entrevistador

3. Identificación 2 del entrevistador

4. 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
- ☐ Ixcana / Huehuetenango
- ☐ Quixabaj / Huehuetenango
- ☐ Michicoy / Huehuetenango
- ☐ Chocabaj / 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

Complicaciones neonatales

 6. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Fecha de nacimiento


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

 7. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de nacimiento

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de nacimiento fue . Por favor revisa expedientes con fechas de nacimiento 01/07/2012 - 31/10/2014

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

- ☐ Sepsis
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Asfixia al nacimiento
- ☐ Prematurez
- ☐ Ninguno

 9. Edad del niño


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

 10. Edad de la madre


- ☐ Edad:
- ☐ No registrado

 11. Alfabetismo de la madre


- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

 12. Educación de la madre

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


 13. Estado civil de la madre:

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

 14. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

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

 15. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado



16. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado



17. Sexo

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No registrado



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

- ☐ Pre eclampsia
- ☐ Eclampsia
- ☐ Sepsis
- ☐ Hemorragia
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones
- ☐ No hay información

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



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

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

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



20.

Registrado (si/no) Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Pulso	<input type="text"/>	por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="text"/>	por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="text"/>	°C	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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



21.

Registrado (si/no) Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Color de la piel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frio distal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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



22.

Registrado (si/no) Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Cuenta leucocitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morfología de neutrófilos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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



23.

Registrado (si/no)

Negativo

Número de +

Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

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




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


- ☐ Si
- ☐ No




25. Fecha de revisión

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


-  26. Hora de revisión
- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

-  27. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)
- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Cámara de oxígeno para recién nacido
- ☐ Cánula nasal
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

-  28. Anote cómo fue alimentado el bebé
- ☐ Alimentación al seno materno
- ☐ Alimentación intravenosa
- ☐ Otra
- ☐ No registrado

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

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


-  30. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización
- ☐ Si
- ☐ No


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

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

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

32.	Registrado (sí/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ^ 9 liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

-  33. ¿Fue revisado el bebé por un médico al momento del ingreso?
- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

 34. Fecha

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



35. Hora

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado



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

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Cámara de oxígeno para recién nacido
- ☐ Cánula nasal
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado



37. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
- ☐ Alimentación intravenosa
- ☐ Otra
- ☐ No registrado

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



38.

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



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

- ☐ Si
- ☐ No

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



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

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

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



41.

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

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



42.

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

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

43.



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

Nivel de saturación de oxígeno %

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



44.

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

Glicemia ☐ mg/dL

Otro (especificar) ☐



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

- ☐ Si
- ☐ No



46. Fecha de evaluación

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



47. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado



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

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Cámara de oxígeno para recién nacido
- ☐ Cánula nasal
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado



49. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
- ☐ Alimentación intravenosa
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

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



50.

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

Pulso por minuto

Frecuencia respiratoria por minuto

Temperatura °C

Peso kg

Talla cm

Presión arterial

Perímetro cefálico cm

Escala de Downes

Escala de Silverman

Otro (especificar)

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



51.

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

Nivel de saturación de oxígeno %

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



52.

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

Glicemia ☐ mg/dL

Otro (especificar) ☐

--	--	--	--

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

- ☐ Si
☐ No

54. Fecha de evaluación

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

55. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Cámara de oxígeno para recién nacido
☐ Cánula nasal
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

57. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
☐ Alimentación intravenosa
☐ Otro
☐ No registrado

Anote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ Si
☐ No

64. Fecha de evaluación

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

65. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Cámara de oxígeno para recién nacido
☐ Cánula nasal
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

67. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
☐ Alimentación intravenosa
☐ Otro
☐ No registrado

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

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

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

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

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


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


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


- ☐ Si
☐ No

72. Fecha de evaluación


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

-  73. Hora de evaluación
- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


-  74. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)
- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Cámara de oxígeno para recién nacido
- ☐ Cánula nasal
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

-  75. Anote cómo fue alimentado el bebé
- ☐ Alimentación al seno materno
- ☐ Alimentación intravenosa
- ☐ Otro
- ☐ No registrado


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

-  76. Anote el método usado para determinar la edad gestacional (seleccione todos los que apliquen)
- ☐ FUM
- ☐ ECO
- ☐ Test de Ballard
- ☐ Perímetro cefálico
- ☐ Otro
- ☐ No registrado


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

-  77.
- | | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pulso | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Frecuencia respiratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Temperatura | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> °C | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| APGAR a 1 minuto | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| APGAR a los 5 minutos | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |


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


-  78.
- | | Registrado (si/no) | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Color de la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

-  79.
- | | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|--|----------------------|----------------------|
| Cuenta leucocitaria | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> x $10^9/\text{liter}$ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hemoglobina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> g/dL | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Plaquetas | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> x $10^9/\text{L}$ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

-  80.
- | | Registrado (si/no) | Negativo | Número de + | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|
| Glicemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> mg/dL | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

-  81. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?
- ☐ Si

☐ No

 82. Fecha de evaluación

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

 83. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

 84. Anote si tuvo el bebé los siguientes:

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

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

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

 86. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
- ☐ Alimentación intravenosa
- ☐ Otra
- ☐ No registrado

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

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

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

- ☐ Si
- ☐ No

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

89.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

91.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ⁹ /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10 ⁹ /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBC (hematología completo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Velocidad de sedimentación globular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

☐ Si

☐ No

94. Fecha de evaluación

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

95. Hora de evaluación

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

96. Anote si se tomó una radiografía de tórax

☐ Si

☐ No

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

☐ Máscara de oxígeno

☐ Cámara de oxígeno para recién nacido

☐ Cánula nasal

☐ Ventilación mecánica

☐ Mantener en incubadora

☐ Oxígeno CAAP

☐ Radiografía de tórax

☐ Otro

☐ No registrado

98. Anote cómo fue alimentado el bebé

☐ Alimentación al seno materno

☐ Alimentación intravenosa

☐ Otra

☐ No registrado

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

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

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

☐ Si

☐ No

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

☐ Traslado a otro establecimiento de salud

☐ Egreso contraindicado

☐ Muerte

☐ Se dio de alta

☐ Otra (especificar):

☐ No registrado



102. SEPSIS

Razón por la que fue referido el bebé:

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



103. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue referido el bebé:

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



104. PREMATUREZ

Razón por la que fue referido el bebé:

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



105. ASFIXIA AL NACIMIENTO

Razón por la que fue referido el bebé:

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



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

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



107. Fecha de egreso/referencia

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



108. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado



109. Fecha de defunción

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



110. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado



111. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección



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

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

Usted ha llegado al final de la encuesta.

Por favor haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. Usted no podrá revisar ninguno de los ingresos luego de hacer clic en el botón "enviar".

Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat