


 0%
**Collection:** LOGIN**Contains:** DATSTAT\_ALTPID**BID****Banco Interamericano de Desarrollo****Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)****Página de inicio de sesión para la encuesta de establecimientos de salud****Question:** DATSTAT\_ALTPID  
**Required**

ID:

**Collection:** LOG\_IN**Contains:** DATE, INTERVW\_ID1, INTERVW\_ID2, FAC\_TYPE, DEPT\_ID, MUNICIP\_ID, FACILITY\_ID**Question:** DATE  
**Required**

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)
**Question:** INTERVW\_ID1  
**Required**

2. Identificación 1 del entrevistador

**Question:** INTERVW\_ID2

3. Identificación 2 del entrevistador

**Question:** FAC\_TYPE  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	CESAR	

2	CESAMO	
3	CMI	
4	Hospital	



4. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ CESAR
- ☐ CESAMO
- ☐ CMI
- ☐ Hospital

**Question:** DEPT\_ID

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Choluteca	
2	Copán	
3	Intibucá	
4	La Paz	
5	Lempira	
7	Ocatepeque	
6	Olancho	
995	Otro	



5. Identificación del Departamento:

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

Page Break

---

**Question:** MUNICIPI\_ID  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cabañas	(DEPT_ID = 2:[Copán])
24	Choluteca	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
2	Cololaca	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
3	Concepción	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
4	Concepción de Maria	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
5	Copán Ruinas	(DEPT_ID = 2:[Copán])
6	Dulce Nombre de Culmí	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
7	Duyure	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
8	Guarita	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
21	Intibucá	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
25	Juticalpa	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
22	La Paz	(DEPT_ID = 4:[La Paz])
9	Magdalena	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
10	San Antonio, COPÁN	(DEPT_ID = 2:[Copán])
11	San Antonio, INTIBUCÁ	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
23	San Marcos	(DEPT_ID = 7:[Ocotepeque])
12	San Jeronimo	(DEPT_ID = 2:[Copán])
13	San Juan Guarita	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
14	San Marcos de Colon	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
15	Santa Lucía	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
16	Santa Rita	(DEPT_ID = 2:[Copán])
17	Santiago de Puringa	(DEPT_ID = 4:[La Paz])
18	Tambla	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
19	Tomalá	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
20	Valladolid	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
995	Otro	



6. Identificación del Municipio:

- ☐ Cabañas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Paz
- ☐ Magdalena
- ☐ San Antonio, COPÁN
- ☐ San Antonio, INTIBUCÁ

- ☐ San Marcos
- ☐ San Jeronimo
- ☐ San Juan Guarita
- ☐ San Marcos de Colon
- ☐ Santa Lucía
- ☐ Santa Rita
- ☐ Santiago de Puringa
- ☐ Tambla
- ☐ Tomalá
- ☐ Valladolid
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Page Break

---

**Question:** FACILITY\_ID  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
102	Agua Caliente	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
103	Alta Barandilla	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
64	Buenos Aires	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
12	Cabañas	(MUNICIP_ID = 1:[Cabañas])
10	Caire	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
104	Callas	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
35	Cedritos	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
54	Cerro	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
200	Chinquín	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
38	Cololaca Centro	(MUNICIP_ID = 2:[Cololaca])
25	Concepción (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
118	Concepción (CMI)	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
125	Concepción de Maria (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
115	Concepción de Maria (CMI)	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
107	Cuajinicuil	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
50	Culmí (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
155	Culmí (CMI)	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
6	Duyure	(MUNICIP_ID = 7:[Duyure])
8	Duyusupo	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
108	Guarita	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
34	Hornitos	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
170	Hospital Área La Esperanza	(MUNICIP_ID = 21:[Intibucá])
171	Hospital de Área de La Paz	(MUNICIP_ID = 22:[La Paz])
172	Hospital de Área San Marcos Ocotepeque	(DEPT_ID = 7:[Ocotepeque])
174	Hospital Regional San Francisco	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
173	Hospital Regional del Sur (Choluteca)	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
27	Jiquinlaca	(MUNICIP_ID = 3:[Concepción])
51	La Colonia	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
23	La Esperanza	(MUNICIP_ID ≠ 12:[San Jeronimo])
88	La Guaruma	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
3	La Majada	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
65	La Nueva Esperanza	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
17	Las Flores	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
56	Las Marias	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
4	Madrigales	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
28	Magdalena	(MUNICIP_ID = 9:[Magdalena])
39	Malsincales Centro	(MUNICIP_ID = 2:[Cololaca])
16	Nueva Armenia	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
36	Ocotál	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
109	Olosingo	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
110	Otuta	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
0	Pacon	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
1	Palo Solo	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
52	Pisijire	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])

53	Pueblo Viejo	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
150	Regional de Occidente (Hospital)	(DEPT_ID = 2:[Copán])
111	Rio Amarillo	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
13	Rio Negro	(MUNICIP_ID = 1:[Cabañas])
29	San Antonio	(MUNICIP_ID = 11:[San Antonio, INTIBUCÁ])
37	San Antonio De Santiago	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
2	San Benito Nuevo	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
48	San Critobal Centro	(MUNICIP_ID = 19:[Tomalá])
9	San Francisco	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
140	San Jeronimo (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 12:[San Jeronimo])
22	San Jeronimo (CESAR)	(MUNICIP_ID ≠ 12:[San Jeronimo])
21	San Joaquin	(MUNICIP_ID = 10:[San Antonio, COPÁN])
31	San José	(MUNICIP_ID = 11:[San Antonio, INTIBUCÁ])
153	San Juan Guarita (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 13:[San Juan Guarita])
152	San Juan Guarita (CESAR)	(MUNICIP_ID = 13:[San Juan Guarita])
7	San Marcos (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
116	San Marcos de Colon (CMI)	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
19	San Miguel Virginia	(MUNICIP_ID = 5:[Copán Ruinas])
32	Santa Lucía (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 15:[Santa Lucía])
119	Santa Lucia (CMI)	(MUNICIP_ID = 15:[Santa Lucía])
24	Santa Rita (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
117	Santa Rita (CMI)	(MUNICIP_ID = 16:[Santa Rita])
101	Santa Rita (Santa Lucia)	(MUNICIP_ID = 15:[Santa Lucía])
30	Santa Teresa	(MUNICIP_ID = 11:[San Antonio, INTIBUCÁ])
33	Santiago de Puringla (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
151	Santiago de Puringla (CMI)	(MUNICIP_ID = 17:[Santiago de Puringa])
154	Sazalapa	(MUNICIP_ID = 13:[San Juan Guarita])
59	Subirana	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
46	Tambla (CESAR)	(MUNICIP_ID = 18:[Tambla])
120	Tambla (CMI)	(MUNICIP_ID = 18:[Tambla])
168	Terlaca	(MUNICIP_ID = 8:[Guarita])
5	Terrero	(MUNICIP_ID = 4:[Concepción de Maria])
157	Tomalá (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 19:[Tomalá])
156	Tomalá (CESAR)	(MUNICIP_ID = 19:[Tomalá])
11	Trapiche	(MUNICIP_ID = 14:[San Marcos de Colon])
167	Valladolid (CESAMO)	(MUNICIP_ID = 20:[Valladolid])
49	Valladolid (CESAR)	(MUNICIP_ID = 20:[Valladolid])
62	Yorito	(MUNICIP_ID = 6:[Dulce Nombre de Culmí])
995	Otro	



#### 7. Identificación de la Unidad:

- ☐ Agua Caliente
- ☐ Alta Barandilla
- ☐ Buenos Aires
- ☐ Cabañas
- ☐ Caire
- ☐ Callas
- ☐ Cedritos

- ☐ Cerro
- ☐ Chinquín
- ☐ Cololaca Centro
- ☐ Concepción (CESAMO)
- ☐ Concepción (CMI)
- ☐ Concepción de María (CESAMO)
- ☐ Concepción de María (CMI)
- ☐ Cuajinicuil
- ☐ Culmí (CESAMO)
- ☐ Culmí (CMI)
- ☐ Duyure
- ☐ Duyusupo
- ☐ Guarita
- ☐ Hornitos
- ☐ Hospital Área La Esperanza
- ☐ Hospital de Área de La Paz
- ☐ Hospital de Área San Marcos Ocotepique
- ☐ Hospital Regional San Francisco
- ☐ Hospital Regional del Sur (Cholulaca)
- ☐ Jiquinlaca
- ☐ La Colonia
- ☐ La Esperanza
- ☐ La Guaruma
- ☐ La Majada
- ☐ La Nueva Esperanza
- ☐ Las Flores
- ☐ Las Marias
- ☐ Madrigales
- ☐ Magdalena
- ☐ Malsincales Centro
- ☐ Nueva Armenia
- ☐ Ocotul
- ☐ Olosingo
- ☐ Otutá
- ☐ Pacon
- ☐ Palo Solo
- ☐ Pisijire
- ☐ Pueblo Viejo
- ☐ Regional de Occidente (Hospital)
- ☐ Río Amarillo
- ☐ Río Negro
- ☐ San Antonio
- ☐ San Antonio De Santiago
- ☐ San Benito Nuevo
- ☐ San Critobal Centro

- ☐ San Francisco
- ☐ San Jeronimo (CESAMO)
- ☐ San Jeronimo (CESAR)
- ☐ San Joaquin
- ☐ San José
- ☐ San Juan Guarita (CESAMO)
- ☐ San Juan Guarita (CESAR)
- ☐ San Marcos (CESAMO)
- ☐ San Marcos de Colon (CMI)
- ☐ San Miguel Virginia
- ☐ Santa Lucía (CESAMO)
- ☐ Santa Lucia (CMI)
- ☐ Santa Rita (CESAMO)
- ☐ Santa Rita (CMI)
- ☐ Santa Rita (Santa Lucia)
- ☐ Santa Teresa
- ☐ Santiago de Puringla (CESAMO)
- ☐ Santiago de Puringla (CMI)
- ☐ Sazalapa
- ☐ Subirana
- ☐ Tambla (CESAR)
- ☐ Tambla (CMI)
- ☐ Terlaca
- ☐ Terrero
- ☐ Tomalá (CESAMO)
- ☐ Tomalá (CESAR)
- ☐ Trapiche
- ☐ Valladolid (CESAMO)
- ☐ Valladolid (CESAR)
- ☐ Yorito
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

---

Page Break

---



**Collection:** CHECKLIST

**Contains:** SELECTION\_AREA, SURVEY\_SUBMIT, ANTENATAL\_POSTNATAL\_CARE, DELIVERY\_ROOM, EMERGENCY\_CARE, CHILD\_HEALTH\_SERVICES, VACCINATION, FAMILY\_PLANNING, COLD\_CHAIN, DIAGNOSTIC\_IMAGING, BIO\_HAZARD, PHARMACY, LAB\_SERVICES, GENERAL\_CONDITIONS, JUMPS, COMMENTS, CMI\_FP\_CESAMO

### **Lista de verificación de observación**

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

Page Break

---

Por favor introduce dentro de cada sección si esta sala o servicio no está disponible e indicarlo en el apartado correspondiente

**Question:** SELECTION\_AREA

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Consultorios de atención prenatal y postnatal	
2	Sala de expulsión	(Error!)
3	Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)	(Error!)
4	Área de planificación familiar	
5	Área de atención a niños	
6	Área de vacunas	
7	Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)	
8	Área de diagnóstico por imágenes/Rayos X	(Error!)
9	Área de disposición de residuos biológico infecciosos	
10	Farmacia	
11	Laboratorio	(Error!)
12	Condiciones generales de la unidad	
13	Al final de la encuesta	



8. 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/Rayos X
- ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos
- ☐ Farmacia
- ☐ Laboratorio
- ☐ Condiciones generales de la unidad
- ☐ Al final de la encuesta

Page Break

---

---

**Question:** SURVEY\_SUBMIT**Required****Show if:** (SELECTION\_AREA = 13:[Al final de la encuesta])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

- ☐ Sí
- ☐ No

---

Page Break

---

**Jump-To:** JUMP\_SELECTION

**Description:**

**Jump-To-Item:** SELECTION\_AREA

**Jump-If:** (SURVEY\_SUBMIT = 0:[No]) and (SELECTION\_AREA = 13:[Al final de la encuesta])

**Collection:** ANTENATAL\_POSTNATAL\_CARE

**Contains:** CL\_ANPST\_RM, COL\_ANC

**Show if:** (SELECTION\_AREA = 1:[Consultorios de atención prenatal y postnatal]) or (TRASH = 1:[show all folders]) or (JUMPBACK\_ANPST = 1)

### Atención prenatal y post-natal

**Question:** CL\_ANPST\_RM

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Area o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Area o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Area con privacidad visual únicamente	
0	Area no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



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

Características de las áreas físicas:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

---

**Collection:** COL\_ANC**Contains:** AVAIL\_PRO\_1, AVAIL\_PRO\_2, CLN\_ANC\_DOC, CLN\_PNC\_DOC**Show if:** (CL\_ANPST\_RM is-any-of 1:[Area o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Area o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Area con privacidad visual únicamente] or 0:[Area no privada] or 995:[Otro])

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

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT1\_AMBN

11.	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Cinta obstétrica del CLAP / cinta métrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT1\_AMB

12.	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Cinta obstétrica del CLAP / cinta métrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Lámpara de mano / lampara de cuello de ganso / foco de mano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Esfigmomanómetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Martillo de reflejos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT1\_BC

13.	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Cinta obstétrica del CLAP / cinta métrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Lámpara de mano / lampara de cuello de ganso / foco de mano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Esfigmomanómetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Esfigmomanómetro pediátrico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT1\_BASIC

14.	Observado	Total observados	Total funcionando
Equipo de ultrasonido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Page Break


---

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

---


**Custom Layout Question: C\_ANC\_INPUT2\_AMBN**

---

-  15. Observado
- Historia clínica materno perinatal ☐ ☐
- Carnet o tarjeta materno perinatal ☐ ☐
- 


**Custom Layout Question: C\_ANC\_INPUT2\_AMB**

---

-  16. Observado
- Historia clínica materno perinatal ☐ ☐
- Carnet o tarjeta materno perinatal ☐ ☐
- 

**Custom Layout Question: C\_ANC\_INPUT2\_BC**

---

-  17. Observado
- Historia clínica materno perinatal ☐ ☐
- Carnet o tarjeta materno perinatal ☐ ☐
- 

Page Break

---

**Question Block:** AVAIL\_PRO\_1**Contains:** AVAIL\_PRO\_1\_1, AVAIL\_PRO\_1\_2, AVAIL\_PRO\_1\_3, AVAIL\_PRO\_1\_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



18. 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"/>
Folios sobre consejería en nutrición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question Block:** AVAIL\_PRO\_2**Contains:** AVAIL\_PRO\_2\_1, AVAIL\_PRO\_2\_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



19. 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** CLN\_ANC\_DOC**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	





20. Solicite ver los registros de mujeres en atención prenatal

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

**Question:** CLN\_PNC\_DOC

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



21. Solicite ver los registros de mujeres en atención postparto

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

Page Break

---

**Collection:** DELIVERY\_ROOM**Contains:** CL\_DEL\_RM, COL\_DEL**Show if:** (FACILITY\_TYPE >= 3) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 2:[Sala de expulsión]) or (JUMPBACK\_DEL = 1))**Sala de expulsión o nacimiento****Question:** CL\_DEL\_RM**Required****Show if:** (FAC\_TYPE is-any-of 2:[CESAMO] or 3:[CMI] or 4:[Hospital])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



22. Solicite ver la sala de atencion de parto o sala de expulsion.

- ☐ 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

Page Break

**Collection:** COL\_DEL**Contains:** CL\_DEL\_SABAG, DEL\_ROOM\_COND**Show if:** (CL\_DEL\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])**Question:** CL\_DEL\_SABAG**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
-2	Se negó a mostrar	



23. Pida ver la maleta (bolso o bulto) para partos de emergencia en el establecimiento.

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

**Question Block:** DEL\_ROOM\_COND**Contains:** DEL\_ROOM\_COND\_1, DEL\_ROOM\_COND\_2, DEL\_ROOM\_COND\_3, DEL\_ROOM\_COND\_4**Required****Show if:** (CL\_DEL\_RM is-none-of -1:[No se dan estos servicios] or -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro	
-2	Rechazó mostrar	



24. 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"/>

Page Break

**Collection:** EMERGENCY\_CARE**Contains:** CL\_EM\_RM, COL\_EMER**Show if:** (FACILITY\_TYPE >= 2) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 3:[Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)]) or (JUMPBACK\_EMERGENCY = 1))

### Sala de atención de emergencias

**Question:** CL\_EM\_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Area no privada	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



25. Solicite ver las areas donde se atienden a los partos (normales o complicados):  
(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

Page Break

---

**Collection:** COL\_EMER

**Contains: Show if:** (CL\_EM\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada])

Anote la existencia, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_BASIC1

26.	Observado	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro o Baumanometro	<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"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque/cilindro de oxígeno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimación para adulto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal	<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"/>

Page Break

---

**Custom Layout Question: C\_EMG\_INPUT\_BASIC0**

---



27.

Observado Funcionando

Suministro de oxígeno central



---

**Custom Layout Question: C\_EMG\_INPUT\_BASIC3**

---



28.

Observado Total observados

Total funcionando

Autoclave

Page Break

---

Anote la existencia, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_COMP1

29.	Observado	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Estetoscopio pediatrico o estetoscopio neonatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Dopler portátil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tanque de oxigeno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Bolsa de reanimacionpara adulto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Laringoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Equipo para AMEU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Equipos para Anestesia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Equipo básico para legrado uterino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Page Break

**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_COMP0

30.

Observado Funcionando

Suministro de oxígeno central

**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_COMP2

31.

Observado Total observados

Total funcionando

Estetoscopio  
neonatal**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_COMP4

32.

Observado Total observados

Total funcionando

Autoclave

Page Break



**Collection:** CHILD\_HEALTH\_SERVICES**Contains:** CL\_CHILD\_RM, COL\_CHLD**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 5:[Área de atención a niños]) or (JUMPBACK\_CHILD = 1)**Área o Sala de atención para niños****Question:** CL\_CHILD\_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



33. Solicite ver las salas donde se atienden 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

Page Break

**Collection:** COL\_CHLD**Contains:** CH\_MATERIALS\_1, REG\_CHL\_SER**Show if:** (CL\_CHILD\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])

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

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT1\_AMBN

34.	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza pediátrica o tipo salter/o tipos alternas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<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"/>
Estetoscopio pediátrico/neonatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lámpara de mano/lámpara de cuello de ganso/foco de mano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Camilla o mesa para examen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de nebulización	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT1\_AMB

35.	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza pediátrica o tipo salter/o otro tipo de balanza pediátrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<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"/>
Estetoscopio pediátrico/neonatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oto-oftalmoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Camilla o mesa para examen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de nebulización	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT1\_BC

36.	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza pediátrica/ o tipo salter / o	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

otro tipo de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
balanza pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Báscula o Balanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tallímetro o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Estadimetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tensiómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tensiómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
pediátrico/neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lámpara de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
mano/lámpara de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
cuello de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ganso/foco de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Martillo de reflejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Negatoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oto-oftalmoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Camilla o mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
para examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cinta métrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Equipo de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
nebulización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Page Break

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT2\_AMBN



37.

Observado

Termómetro oral

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT2\_AMB



38.

Observado

Termómetro oral

Page Break

---

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT3\_AMBN



39.

Observado

Termómetro axilar

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT3\_AMB



40.

Observado

Termómetro axilar

Page Break

---

**Question Block:** CH\_MATERIALS\_1**Contains:** CH\_MATERIALS\_1\_1, CH\_MATERIALS\_1\_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



41. 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"/>

**Question:** REG\_CHL\_SER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



42. 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

Page Break

**Collection:** VACCINATION**Contains:** CL\_IMM\_RM, COL\_VACC**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 6:[Área de vacunas]) or (JUMPBACK\_VAC = 1)**Área o cuarto de vacunación****Question:** CL\_IMM\_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



43. 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

Page Break

**Collection:** COL\_VACC**Contains:** CL\_VAC\_INJ\_TYPE\_, CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS, REG\_IMM\_SER**Show if:** (CL\_IMM\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])**Question:** CL\_VAC\_INJ\_TYPE\_**Minimum checks:** 1

44. 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
- ☐ Informado, no visto
- ☐ Observados, otros
- ☐ Se negó a mostrar

**Question Block:** CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS**Contains:** CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS\_1, CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS\_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



45. 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"/>

**Question:** REG\_IMM\_SER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



46. 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

Page Break

---

**Collection:** FAMILY\_PLANNING**Contains:** CL\_FP\_RM, COL\_FP**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 4:[Área de planificacion familiar]) or (JUMPBACK\_FP = 1)

### Área de Planificación familiar

**Question:** CL\_FP\_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



47. 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

Page Break

---

**Collection:** COL\_FP**Contains:** CONTRA\_AV, C\_FP\_CESAMO, CONTRA\_STORE, KARDEX\_FP, FP\_STOCKOUT\_AMB, FP\_STOCKOUT\_BC, CONTRA\_SUP\_TM1, FP\_AV\_REG, FP\_OUT, AVAIL\_PRO**Show if:** (CL\_FP\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])**Question:** CONTRA\_AV**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, en el área de planificación familiar	
2	Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.	
3	Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.	
0	No	
-1	No sabe	



48. Por favor verifique la existencia de métodos anticonceptivos en esta unidad médica (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** C\_FP\_CESAMO**Required****Show if:** (FACILITY\_TYPE = 3)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	



49. ¿Hay algún CESAMO cercano en el que se den métodos anticonceptivos a pacientes de esta clínica materno-infantil?

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe

Page Break

**Question:** CONTRA\_STORE**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	



50. 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

Page Break

---

Anote la existencia, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT1\_BC



51.

Observado Total observados

Kit para inserción de DIU

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT1\_AMB



52.

Observado Total observados

Kit para inserción de DIU

Page Break

---

Anote la existencia de los siguientes equipos:

**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT2\_AMB**



53.

Observado

Condón masculino

☐

Pastillas combinadas

☐

Pastillas con solamente progestina

☐

Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)

☐

Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon)

☐

Dispositivo intrauterino

☐

Otras (especifique):

☐

**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT2\_BC**



54.

Observado

Condón masculino

☐

Pastillas combinadas

☐

Pastillas con solamente progestina

☐

Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)

☐

Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon)

☐

Dispositivo intrauterino

☐

Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)

☐

Otras (especifique):


☐

Page Break

**Question Block: KARDEX FP**

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	

 55. Verifique los siguientes kardex u otro registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables con solamente progestina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables combinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kit para inserción de DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Contains: Show if:** (FACILITY TYPE <= 2)

**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_1\_AMB**

 56.

### Pastillas con solamente 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)



**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_2\_AMB**

 57.

## Pastillas 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)

▼

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_3\_AMB


 58. Inyectables con solamente 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) ☐ ☐

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_4\_AMB


 59. Inyectables combinados

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) ☐ ☐

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_5\_AMB


 60. 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) ☐ ☐

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_6\_AMB

 61. 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) ☐ ☐

**Collection:** FP\_STOCKOUT\_BC

**Contains: Show if:** (FACILITY\_TYPE >= 3)

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_1\_BC


 62. Pastillas con solamente 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) ☐ ☐

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_2\_BC


 63. Pastillas 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) ☐ ☐

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_3\_BC

 64. Inyectables con solamente 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) ☐ ☐

---

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_4\_BC

65.

Inyectables combinados

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) ☐ ☐

---

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_5\_BC

66.

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) ☐ ☐

---

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_6\_BC

67.

Kit para inserción de 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) ☐ ☐

---

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT3\_7\_BC

68.

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) ☐ ☐

Page Break

---

**Question:** CONTRA\_SUP\_TM1**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.] )

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Dentro de las 4 semanas anteriores	
2	Entre 4 y 12 semanas	
3	Hace más de 12 semanas	
0	No existe un sistema de abasto rutinario	
-1	No sabe	



69. Por favor verifique cuándo fue la última vez que esta unidad médica recibió anticonceptivos, independientemente de que haya sido solicitado por la unidad médica 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

**Question:** FP\_AV\_REG**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.] )

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observada	
0	No observada	
995	Otra, especifique:	
-1	Se negó a mostrar	



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

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

**Question:** FP\_OUT**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.] )

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, número de días:	
0	No se ofrece el servicio fuera de la unidad médica	

-1	No sabe	
-2	No responde	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, número de días:
- ☐ No se ofrece el servicio fuera de la unidad médica
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

**Question Block:** AVAIL\_PRO

**Contains:** FAMILY\_PLANNING\_1, FAMILY\_PLANNING\_2, FAMILY\_PLANNING\_3

**Required**

Show if: (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.] )

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observada	
0	No observada	
-1	Se negó a mostrar	



72. 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"/>

Page Break

**Collection:** COLD\_CHAIN**Contains:** VACC\_STR1, COL\_COLD\_CHAIN**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 7:[Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)]) or (JUMPBACK\_COLDCHAIN = 1)**Cadena de frío****Question:** VACC\_STR1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se guardan vacunas en la unidad médica	
2	Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.	
0	No se guardan vacunas	
-2	No responde	



73. Por favor verifique si esta unidad médica guarda vacunas, o las vacunas son recogidas de otra unidad médica o son entregadas a la unidad cuando van a ser aplicadas. (Recuerde que conservar vacunas por solo 1-2 días antes de su uso, no se considera como guardar de vacunas)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, se guardan vacunas en la unidad médica
- ☐ Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.
- ☐ No se guardan vacunas
- ☐ No responde

Page Break

---

**Collection:** COL\_COLD\_CHAIN

**Contains:** REF\_DIS, CL\_VAC\_CARR, CL\_VAC\_CARR\_ICE, VAC\_SUPPLY, CL\_VAC\_TEMP\_1, CL\_VAC\_TEMP\_2, CL\_VAC\_TEMP\_3, CL\_VAC\_TEMP\_4, CL\_VAC\_TEMP\_5, CL\_VAC\_TEMP\_6, CL\_VAC\_TEMP\_7, CL\_VAC\_TEMP\_8, CL\_VAC\_TEMP\_9, CL\_VAC\_TEMP\_10

**Show if:** (VACC\_STR1 is-any-of 1:[Sí, se guardan vacunas en la unidad médica] or 2:[Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.])

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

**Custom Layout Question:** C\_VAC\_STR



74.

Cantidad utilizada para  
**el almacenamiento de  
vacunas**

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

Refrigerador eléctrico



Refrigerador de  
querosén



Refrigerador de gas



Refrigerador solar



Termo frío (hielera)



**Custom Layout Question:** C\_VAC\_STR\_2



75.

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

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

Refrigerador eléctrico



Refrigerador de  
querosén



Refrigerador de gas



Refrigerador solar



Termo frío (hielera)



Page Break

Verifique los termómetros e indique

**Custom Layout Question:** C\_VAC\_THERM



76.

Cantidad

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

Termómetros digitales

Termómetros de alcohol

Otro (especifique)

Page Break

**Question:** REF\_DIS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	menos de 10 cm	
2	10-30 cm	
3	más de 30 cm	
-1	no sabe	
-2	se negó a mostrar	



77. A que distancia de la pared están ubicadas las refrigeradores?

- ☐ menos de 10 cm
- ☐ 10-30 cm
- ☐ más de 30 cm
- ☐ no sabe
- ☐ se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_CARR**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observadas, cantidad de cajas vistas:	
2	Informadas	
0	No vistas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



78. Pida para ver las cajas de transporte de vacunas disponibles

- ☐ Observadas, cantidad de cajas vistas:
- ☐ Informadas
- ☐ No vistas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_CARR\_ICE**Required****Show if:** (CL\_VAC\_CARR = 1:[Observadas, cantidad de cajas vistas:])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados, un juego	
2	Observados, dos o más juegos	
0	No vista	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



79. Pida ver los paquetes de hielo o gel frío usados en las cajas 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

---

Page Break

---



**Collection:** VAC\_SUPPLY  
**Contains:** REG\_SUP\_VAC, KARDEX\_VACCINES, VAC\_SUP\_TM1

### Suministro de vacunas

**Question:** REG\_SUP\_VAC

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registro observado	
0	No observado	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	
-3	No se proporcionan servicios de vacunación	



80. 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

Page Break

---

**Jump-To:** JUMP\_DIAGNOSTIC  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** SELECTION\_AREA  
**Jump-If:** (REG\_SUP\_VAC is-none-of 1:[Registro observado])


Revise el kardex o registro de información sobre el abasto de vacunas y registre la siguiente información

**Question Block:** KARDEX\_VACCINES

**Contains:** KARDEX\_PENTA, KARDEX\_POLIO, KARDEX\_MMR, KARDEX\_FLU, KARDEX\_ROTA, KARDEX\_PNEU, KARDEX\_BCG

**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	

 81. Verifique los siguientes kardex de abastacimento u otro registro de las siguientes vacunas:

	Kardex observado	Kardex no observado
Pentavalente (incluye DPT, Hib, HepB)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SRP (sarpion, rubeola, y parotiditis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjugado neumococcico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verifique el abastecimiento de las siguientes vacunas para hoy:

**Custom Layout Question:** C\_VAC\_REG\_1

 82. Observado

Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SRP (sarpion, rubeola y parotiditis)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rotavirus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conjugado neumococcico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_VAC\_REG\_2

83.

Observado

DPT (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)

☐ 

Hepb (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)

☐ 

Hepatitis B (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)

☐ Page Break

---

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

**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_1**

84.

BCG

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_2**

85.

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)

☐ ☐

Page Break

---

**Question:** VAC\_SUP\_TM1**Required****Show if:** (REG\_SUP\_VAC = 1:[Registro observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Dentro de las 4 semanas anteriores	
2	Entre 4 y 12 semanas	
3	Más de 12 semanas	
0	No existe un sistema rutinario de abasto	
-1	No sabe	



86. Por favor verifique cuándo fue la última vez que la unidad médica recibió suministro de vacunas, independientemente de que hayan sido solicitadas por la unidad médica 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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_1**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_1, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_1, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_1, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_1, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_1**Show if:** (FRIDGE > 0)

**Para refrigerador #1, respuesta a las siguientes preguntas:**

**Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



87. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



88. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_1**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



89. 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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_1**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



90. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_1**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_1.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



92. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_2**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_2, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_2, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_2, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_2, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_2**Show if:** (FRIDGE > 1)**Para refrigerador #2, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



93. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona



☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



94. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_2**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



95. 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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_2**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



96. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_2**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_2.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



98. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_3**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_3, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_3, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_3, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_3, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_3**Show if:** (FRIDGE > 2)**Para refrigerador #3, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_3**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



99. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona

☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



100. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_3**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



101. 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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_3**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



102. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_3**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_3.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_3**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



104. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_4**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_4, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_4, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_4, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_4, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_4**Show if:** (FRIDGE > 3)**Para refrigerador #4, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



105. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona

☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



106. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_4**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



107. 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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_4**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



108. 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

Page Break

---



**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_4**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_4.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



110. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_5**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_5, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_5, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_5, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_5, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_5**Show if:** (FRIDGE > 4)**Para refrigerador #5, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_5**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



111. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona

☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



112. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_5**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



113. 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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_5**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



114. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_5**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_5.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_5**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



116. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_6**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_6, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_6, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_6, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_6, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_6**Show if:** (FRIDGE > 5)

**Para refrigerador #6, respuesta a las siguientes preguntas:**

**Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_6**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



117. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona

☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



118. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_6**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



119. 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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_6**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_6**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_6.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_6**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



122. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_7**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_7, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_7, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_7, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_7, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_7**Show if:** (FRIDGE > 6)**Para refrigerador #7, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_7**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



123. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona

☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	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

Page Break

---



**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_7**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_7**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



126. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_7**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_7.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_7**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



128. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_8**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_8, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_8, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_8, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_8, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_8**Show if:** (FRIDGE > 7)**Para refrigerador #8, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_8**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



129. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona

☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



130. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_8**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



131. 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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_8**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



132. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_8**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_8.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_8**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



134. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_9**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_9, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_9, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_9, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_9, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_9**Show if:** (FRIDGE > 8)**Para refrigerador #9, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_9**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



135. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona

☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



136. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_9**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



137. 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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_9**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



138. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_9**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_9.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_9**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



140. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_10**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_10, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_10, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_10, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_10, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_10**Show if:** (FRIDGE > 9)**Para refrigerador #10, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_10**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



141. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona



☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



142. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_10**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



143. 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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_10**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



144. 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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_10**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_10.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_10**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



146. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

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

Page Break

**Collection:** DIAGNOSTIC\_IMAGING**Contains:** CL\_DIAG\_RM, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 8:[Área de diagnóstico por imágenes/Rayos X]) or (JUMPBACK\_DIAG = 1)**Área de diagnóstico por imagen/Rayos X****Question:** CL\_DIAG\_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Area no privada	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	



147. Solicite ver la área de diagnóstico por imágenes/rayos X:

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

Page Break

**Question Block:** DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1**Contains:** DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_1, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_2, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_3, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_4**Required**Show if: (CL\_DIAG\_RM  $\neq$  -1:[No se dan estos servicios]) and (CL\_DIAG\_RM  $\neq$  -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



148.

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"/>

**Question Block:** DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC**Contains:** DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC\_1, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC\_2, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC\_3, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC\_4**Required**Show if: (CL\_DIAG\_RM  $\neq$  -1:[No se dan estos servicios]) and (CL\_DIAG\_RM  $\neq$  -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, funciona	
0	No funciona	
-1	No sabe	



149.

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"/>

Page Break

**Collection:** BIO\_HAZARD**Contains:** WASTE\_DIS, COL\_BIOHAZARD**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 9:[Área de disposición de residuos biológico infecciosos]) or (JUMPBACK\_BIO = 1)**Área de disposición de desechos biológicos peligrosos****Question:** WASTE\_DIS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



150. 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

Page Break

**Collection:** COL\_BIOHAZARD  
**Contains:** REG\_WASTE\_DIS, AUTOCLAVES  
**Show if:** (WASTE\_DIS = 1:[Observado])

**Question:** REG\_WASTE\_DIS  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



151. 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

**Question:** AUTOCLAVES  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



152. Pida ver los autoclaves.

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

Page Break

---

**Collection:** PHARMACY**Contains:** C\_PH\_CHECK\_7030, C\_PH\_CHECK\_7035, C\_PH\_CHECK\_7060, C\_PH\_CHECK\_7070, C\_PH\_CHECK\_OTHER, C\_PH\_SUP\_7030, C\_PH\_SUP\_7035, C\_PH\_SUP\_7060, C\_PH\_SUP\_7070, C\_PH\_SUP\_OTHER**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 10:[Farmacia]) or (JUMPBACK\_PHARM = 1)**Farmacia****Collection:** C\_PH\_CHECK\_7030**Contains: Show if:** (FAC\_TYPE = 3:[CMI])

Anote si se observaron los siguientes insumos

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_1\_BASIC

153.

Observado

Ergometrina

☐ ☐

Oxitocina

☐ ☐

Otro Uterotónico

☐ ☐

Ergobasina

☐ ☐

Penicilina cristalina

☐ ☐

Ampicilina

☐ ☐

Gentamicina

☐ ☐

Nitrofurantoína

☐ ☐

Sulfato de Magnesio al 10% o 50

☐ ☐

Dexametazona

☐ ☐

Betametasona

☐ ☐

Hidralazina

☐ ☐

Page Break



**Collection:** C\_PH\_CHECK\_7035**Contains:** **Show if:** (FAC\_TYPE = 4:[Hospital])

Anote si se observaron los siguientes insumos

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_1\_COMP

154.

Observado

Adrenalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cristaloides isotónicos (solución salina/Hartmann o lactato de Ringer) para expansión de volumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicarbonato de sodio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hidrocloruro de naloxona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dextrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solución salina normal para lavado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergometrina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atropina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amoxicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungüento oftálmico de tetraciclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hidralacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furosemida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfato de Magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fenobarbital sódico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atropina Sulfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midazolam Clorhidrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flumazenil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina Clorhidrato Solución Inyectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevofluran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxido Nitroso Gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dexametazona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_2\_COMP

 155. Observado  
Oxitocina


---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_20\_COMP

 156. Observado  
Otro uterotónico


---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_21\_COMP

 157. Observado  
Ergobasina

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_19\_COMP

 158. Observado  
Epinefrina


---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_3\_COMP

 159. Observado  
Ampicilina

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_15\_COMP

 160. Observado  
Hidralacina clorhidrato

Page Break

---

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_4\_COMP



161.

Observado

Amikacina sulfato  

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_16\_COMP



162.

Observado

Alfametil dopa  

Page Break

---

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_5\_COMP



163.

Observado

Bencilpenicilina G cristalina

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_17\_COMP



164.

Observado

Propanolol

Page Break

---

---

**Custom Layout Question: C\_PH\_CHECK3\_7\_COMP**

---



165.

Observado

Clindamicina

166.

Observado

Nifedipina

 Page Break

---

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_8\_COMP



167.

Observado

Cefalexina

---

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_11\_COMP



168.

Observado

Dicloxacilina

Page Break

---

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_12\_COMP



169.

Observado

Doxyciclina

---

Page Break

---



**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_13\_COMP



170.

Observado

Gentamicina

Page Break

---

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_14\_COMP



171.

Observado

Metronidazol

☐ 

---

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_6\_COMP



172.

Observado

Ceftriaxone

Page Break

---

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_9\_COMP



173.

Observado

Cefazolina

☐ 

---

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_10\_COMP



174.

Observado

Cloranfenicol ☐ ☐

**Collection:** C\_PH\_CHECK\_7060

**Contains:** C\_PH\_CHECK\_7060\_AMBN, C\_PH\_CHECK\_7060\_AMB, C\_PH\_CHECK\_7060\_BASIC, C\_PH\_CHECK\_7060\_COMP

Anote si se observaron los siguientes insumos

**Collection:** C\_PH\_CHECK\_7060\_AMBN

**Contains: Show if:** (FAC\_TYPE = 1:[CESAR])

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_1\_AMBN



175.

Observado

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐ ☐Sulfato ferroso en gotas ☐ ☐Sulfato de Zinc ☐ ☐Albendazol ☐ ☐Amoxicilina ☐ ☐Ampicilina ☐ ☐

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_2\_AMBN



176.

Observado

Sobres de Sales de Rehidratación Oral 

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_4\_AMBN



177.

Observado

Mebendazol 

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_5\_AMBN



178.

Observado

Eritromicina 

Page Break

---

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_6\_AMBN



179.

Observado

Penicilina benzatinica

☐ 

---

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_7\_AMBN



180.

Observado

Cefalexina

Page Break

---



**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_8\_AMBN



181.

Observado

Azitromicina

☐ 

**Collection:** C\_PH\_CHECK\_7060\_AMB

**Contains: Show if:** (FAC\_TYPE = 2:[CESAMO])

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_1\_AMB



182.

Observado

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral

☐ 

Sulfato ferroso en gotas

☐ 

Sulfato de Zinc

☐ 

Albendazol

☐ 

Amoxicilina

☐ 

Ampicilina

☐ 

Page Break

---

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_2\_AMB



183.

Observado

Sobres de Sales de Rehidratación Oral 

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_4\_AMB



184.

Observado

Mebendazol 

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_5\_AMB



185.

Observado

Eritromicina 

---

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_6\_AMB



186.

Observado

Penicilina benzatinica

☐ 

Page Break

---

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_7\_AMB



187.

Observado

Cefalexina

---

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_8\_AMB



188.

Observado

Azitromicina

**Collection:** C\_PH\_CHECK\_7060\_BASIC

**Contains: Show if:** (FAC\_TYPE = 3:[CMI])

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_1\_BASIC



189.

Observado

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral

Sulfato ferroso en gotas

Sulfate de Zinc

Albendazol

Amoxicilina

Solución salina

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_2\_BASIC



190.

Observado

Sobres de Sales de Rehidratación Oral 

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_6\_BASIC



191.

Observado

Mebendazol 

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_7\_BASIC



192.

Observado

Eritromicina 

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_4\_BASIC



193.

Observado

Dextrose 

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_8\_BASIC



194.

Observado

Penicilina benzatinica

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_5\_BASIC



195.

Observado

Solución Harman

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_11\_BASIC



196.

Observado

Ampicilina IV 

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_10\_BASIC



197.

Observado

Azitromicina 

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_9\_BASIC



198.

Observado

Cefalexina 


Page Break

---



**Collection:** C\_PH\_CHECK\_7060\_COMP  
**Contains: Show if:** (FAC\_TYPE = 4:[Hospital])


**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_1\_COMP

 199.	Observado
Paquetes de Sales de Rehidratación Oral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sulfato ferroso en gotas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sulfato de Zinc	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Albendazol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_2\_COMP

 200.	Observado
Sobres de Sales de Rehidratación Oral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>


**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_4\_COMP

 201.	Observado
Mebendazol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_5\_COMP

 202.	Observado
Eritromicina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_6\_COMP

 203.	Observado
Penicilina benzatinica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Page Break

---

Collection: C\_PH\_CHECK\_7070

Contains:

Registre si se observaron los siguientes insumos



Chispitas nutricionales

Custom Layout Question: C\_PH\_CHECK\_ALL



204.

Observado

Chispitas nutricionales

☐

Custom Layout Question: C\_PH\_CHECK1\_COMP



205.

Observado

Multivitamínico prenatal

☐ ☐

Acido fólico

☐ ☐

Hierro

☐ ☐

Otros micronutrientes (para la mujer)

☐ ☐

---

Page Break

---

**Collection:** C\_PH\_CHECK\_OTHER  
**Contains:**

Registre si se observaron los siguientes insumos

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK4\_ALL



206.

Observado

Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos

☐ ▼

Láminas porta objetos

☐ ▼

Nitrofurantoina

☐ ▼

Page Break

---

**Collection:** C\_PH\_SUP\_7030  
**Contains:** KARDEX\_SUP\_7030  
**Show if:** (FAC\_TYPE = 3:[CMI])

**Question Block:** KARDEX\_SUP\_7030

**Contains:** KARDEX\_SUP\_7030\_ERGO, KARDEX\_SUP\_7030\_OXY, KARDEX\_SUP\_7030\_UTE, KARDEX\_SUP\_7030\_ERGOBAS, KARDEX\_SUP\_7030\_AMPI, KARDEX\_SUP\_7030\_GENTA, KARDEX\_SUP\_7030\_MGS, KARDEX\_SUP\_7030\_HIDRA, KARDEX\_SUP\_7030\_BETA, KARDEX\_SUP\_7030\_DEXA

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	



207. Verifique los siguientes kardex o registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Ergometrina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxitocina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro uterotónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergobasina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampicilina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gentamicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sulfato de magnesio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hidralacina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betametasona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dexametasona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page Break

**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_6\_BASIC**

208.

Ergometrina

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_2\_BASIC**

209.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_7\_BASIC**

210.

Otro Uterotónico

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_10\_BASIC**

211.

Ergobasina

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_4\_BASIC**

212.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_3\_BASIC**

213.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_1\_BASIC**

214.

Sulfato de Magnesio al 10% o 50

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)

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_5\_BASIC



215.

Hidralacina

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)

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_8\_BASIC



216.

Betametasona

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)

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_9\_BASIC



217.

Dexametasona

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)

---

Page Break

---

**Collection:** C\_PH\_SUP\_7035**Contains:** KARDEX\_SUP\_7035

**Show if:** (FACILITY\_TYPE = 4) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_ADREN = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_LACTATE = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_BICARB = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_HIDRO = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_DEXT = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_SALINE = 1) and ((C\_PH\_CHECK\_COMP\_ERGO = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_OXY = 1)) and ((C\_PH\_CHECK\_COMP\_ATROP = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_EPI = 1)) and ((C\_PH\_CHECK\_COMP\_AMOXI = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_AMP14 = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_AMIKA = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_PENICRY = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_CLINDAPO = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_CEFAL = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_DICLO = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_DOXY = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_GENTA = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_METROIV = 1)) and ((C\_PH\_CHECK\_COMP\_HIDRAPO = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_HIDRAIV = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_ALFAM = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_PROPA = 1) or (C\_PH\_CHECK\_COMP\_NIFED = 1)) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_TETRA = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_FURO = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_DIFENIL = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_DIAZE = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_MGS = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_FENOB = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_ATROPS = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_MIDAZO = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_KETAMIN = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_SEVOFLU = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_TIOPEN = 1) and (C\_PH\_CHECK\_COMP\_SUCCINI = 1)

**Question Block:** KARDEX\_SUP\_7035

**Contains:** KARDEX\_SUP\_7035\_OXY, KARDEX\_SUP\_7035\_ERGO, KARDEX\_SUP\_7035\_UTE, KARDEX\_SUP\_7035\_BETA, KARDEX\_SUP\_7035\_DEXA

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	



218. Verifique los siguientes kardex o registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Oxitocina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergometrina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro uterotónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betametasona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dexametasona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page Break



Revise los registros o kardex para verificar la existencia de esto insumos en los últimos 3 meses

**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_1\_COMP**

219.

Ergometrina

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_10\_COMP**

220.

Ergobasina

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_2\_COMP**

221.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_3\_COMP**

222.

Otro uterotónico

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_8\_COMP**

223.

Betametasona

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)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP3\_9\_COMP**

224.

Dexametasona

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)

☐ ☐

Page Break

---

**Collection:** C\_PH\_SUP\_7060**Contains:** KARDEX\_SUP\_7060, C\_PH\_SUP\_7060\_AMBN, C\_PH\_SUP\_7060\_AMB, C\_PH\_SUP\_7060\_BASIC, C\_PH\_SUP\_7060\_COMPLETE**Question Block:** KARDEX\_SUP\_7060**Contains:** KARDEX\_SUP\_7060\_FERR, KARDEX\_SUP\_7060\_SULFZINC, KARDEX\_SUP\_7060\_ALBEN, KARDEX\_SUP\_7060\_MEBEN, KARDEX\_SUP\_7060\_AMOXI, KARDEX\_SUP\_7060\_ERYTH, KARDEX\_SUP\_7060\_PENIBEN, KARDEX\_SUP\_7060\_AMPI, KARDEX\_SUP\_7060\_CEFA, KARDEX\_SUP\_7060\_AZITRO**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	



225. Verifique los siguientes kardex o registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Gotas de sulfato ferroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sulfato de zinc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Albendazol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mebendazol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amoxicilina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eritromicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penicilina benzatinica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampicilina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cefalexina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Azitromicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Page Break

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


**Collection:** C\_PH\_SUP\_7060\_AMBN

**Contains: Show if:** ((C\_PH\_CHECK\_AMBN\_ORSPAC = 1) or (C\_PH\_CHECK\_AMBN\_ORSENV = 1)) and (C\_PH\_CHECK\_AMBN\_FERR = 1) and ((C\_PH\_CHECK\_AMBN\_SULFZINC = 1) or (C\_PH\_CHECK\_AMBN\_GLUZINC = 1)) and ((C\_PH\_CHECK\_AMBN\_ALBEN = 1) or (C\_PH\_CHECK\_AMBN\_MEBEN = 1)) and (FACILITY\_TYPE = 1)


**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_1\_AMBN

 226.	Sales de rehidratación oral (sobres/ paquetes)
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>


**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_2\_AMBN

 227.	Albendazol
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>


**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_4\_AMBN

 228.	Mebendazol
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>


**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_3\_AMBN

 229.	Sulfato de Zinc
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_6\_AMBN

 230.	Amoxicilina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_7\_AMBN

 231.	Eritromicina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>

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

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

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_8\_AMBN



232.

Penicilina benzatinica

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)

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_9\_AMBN



233.

Cefalexina

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)

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_10\_AMBN



234.

Azitromicina

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)

Page Break

---

**Collection:** C\_PH\_SUP\_7060\_AMB**Contains: Show if:** (FACILITY\_TYPE = 2) and ((C\_PH\_CHECK\_AMB\_ORSPAC = 1) or (C\_PH\_CHECK\_AMB\_ORSENV = 1)) and (C\_PH\_CHECK\_AMB\_FERR = 1) and ((C\_PH\_CHECK\_AMB\_SULFZINC = 1) or (C\_PH\_CHECK\_AMB\_GLUZINC = 1)) and ((C\_PH\_CHECK\_AMB\_ALBEN = 1) or (C\_PH\_CHECK\_AMB\_MEBEN = 1)) and ((C\_PH\_CHECK\_AMB\_AMOXI = 1) or (C\_PH\_CHECK\_AMB\_ERYTH = 1) or (C\_PH\_CHECK\_AMB\_PENIBEN = 1))**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_1\_AMB

235.

Sales de rehidratación oral (sobres/  
paquetes)

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)☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_3\_AMB

236.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_2\_AMB

237.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_4\_AMB

238.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_6\_AMB

239.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_7\_AMB

240.

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)

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_8\_AMB



241.

Penicilina benzatinica

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)

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_9\_AMB



242.

Cefalexina

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)

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_10\_AMB



243.

Azitromicina

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)

---

Page Break

---

**Collection:** C\_PH\_SUP\_7060\_BASIC**Contains: Show if:** (FACILITY\_TYPE = 3) and ((C\_PH\_CHECK\_BASIC\_ORSPAC = 1) or (C\_PH\_CHECK\_BASIC\_ORSENV = 1)) and (C\_PH\_CHECK\_BASIC\_FERR = 1) and ((C\_PH\_CHECK\_BASIC\_SULFZINC = 1) or (C\_PH\_CHECK\_BASIC\_GLUZINC = 1)) and ((C\_PH\_CHECK\_BASIC\_ALBEN = 1) or (C\_PH\_CHECK\_BASIC\_MEBEN = 1)) and ((C\_PH\_CHECK\_BASIC\_AMOXI = 1) or (C\_PH\_CHECK\_BASIC\_ERYTH = 1) or (C\_PH\_CHECK\_BASIC\_PENIBEN = 1) or (C\_PH\_CHECK\_BASIC\_AMP14 = 1)) and ((C\_PH\_CHECK\_BASIC\_SALINE = 1) or (C\_PH\_CHECK\_BASIC\_DEXT = 1) or (C\_PH\_CHECK\_BASIC\_HARMAN = 1))**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_3\_BASIC

244.

Paquetes o Sobres de Sales de  
Rehidratación OralSe 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)☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_2\_BASIC

245.

Sulfato ferroso en gotas

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_1\_BASIC

246.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_5\_BASIC

247.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_6\_BASIC

248.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_7\_BASIC



249.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_8\_BASIC

250.

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_9\_BASIC

251.

Penicilina benzatinica

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_12\_BASIC

252.

Ampicilina IV

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_10\_BASIC

253.

Cefalexina

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)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_11\_BASIC

254.

Azitromicina

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)

☐ ☐

Page Break



**Collection:** C\_PH\_SUP\_7060\_COMPLETE  
**Contains:** Show if: (FACILITY\_TYPE = 4)

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_1\_COMP



255.

Sales de rehidratación oral (sobres/  
paquetes)

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)

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_6\_COMP



256.

Sulfato ferroso en gotas

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)

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_2\_COMP



257.

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)

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_4\_COMP



258.

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)

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_5\_COMP



259.

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)

**Collection:** C\_PH\_SUP\_7070  
**Contains:** KARDEX\_SUP\_7070

**Question Block:** KARDEX\_SUP\_7070

**Contains:** KARDEX\_SUP\_7070\_1, KARDEX\_SUP\_7070\_2, KARDEX\_SUP\_7070\_3, KARDEX\_SUP\_7070\_4, KARDEX\_SUP\_7070\_5

**Required**

Scale Summary		

Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	



260. Verifique los siguientes kardex u otro registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Chispitas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ácido fólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multivitamínico prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hierro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros micronutrientes (para la mujer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page Break

---

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



### Chispitas nutricionales

**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP\_ALL**



261.

Chispitas nutricionales

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)

☐ ☒

**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP1\_ALL**



262.

Acido folico

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)

☐ ☒

**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP1\_BASIC**

263.



Multivitamínico prenatal

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)

 **Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP1\_1ALL

264.

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)

 **Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP1\_2ALL

265.

Otro micronutrientes (para la mujer)

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)

Page Break

**Collection:** C\_PH\_SUP\_OTHER  
**Contains:** KARDEX\_SUP\_OTHER

**Question Block:** KARDEX\_SUP\_OTHER  
**Contains:** KARDEX\_SUP\_OTHER\_NITRO  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	



266. Verifique los siguientes kardex u otro registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Nitrofurantoína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page Break

---

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

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP1\_AMB



267.

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)

 ▼

**Collection:** LAB\_SERVICES

**Contains:** LAB\_ROOM, COL\_LAB

**Show if:** ((DOCTOR = 1) or (FACILITY\_TYPE >= 2)) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 11:[Laboratorio]) or (JUMPBACK\_LAB = 1))

### Servicios de laboratorio

**Question:** LAB\_ROOM

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Area privada con privacidad visual y auditiva	
2	Area no privada con privacidad visual y auditiva	
3	Privacidad visual solamente	
0	Area no privada	
995	Otra	
-1	No hay ese servicio	
-2	Rechazó mostrarlo	



268. 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)

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

Page Break

---

**Collection:** COL\_LAB**Contains:** C\_LAB\_REAG\_AVAIL**Show if:** (LAB\_ROOM is-any-of 1:[Area privada con privacidad visual y auditiva] or 2:[Area no privada con privacidad visual y auditiva] or 3:[Privacidad visual solamente] or 0:[Area no privada] or 995:[Otra])

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

**Custom Layout Question:** C\_LAB\_CHECK\_BC1

269.

Observado

Microscopio

☐ ▼

Prueba rápida para sífilis (SPR) o equipo para sífilis

☐ ▼

Prueba rápida del VIH o equipo para prueba de HIV

☐ ▼

Mezclador serológico/ R.P.R. (SIFILIS) /Reaginina Plasmática Rápida (Prueba rápida)

☐ ▼

Equipo para examen de orina

☐ ▼

Glucosa en tiras/medidor de glucosa (Glucómetro)

☐ ▼☐ ▼**Custom Layout Question:** C\_LAB\_CHECK\_BC2

270.

Observado

Hemoglobina Estándar DET/Espectrofotómetro

☐ ▼

Micro centrifuga para hematocrito

☐ ▼

Contador de células automatico

☐ ▼**Custom Layout Question:** C\_LAB\_CHECK\_COMP

271.

Observado

Centrífuga

☐ ▼

Equipo de hematología completa (automatizado o tradicional)

☐ ▼

Equipo recuento de plaquetas, recuento de glóbulos rojos y glóbulos blancos, tiempo de protrombina y tromboplastina

☐ ▼

Química sanguínea básica (creatinina, N. Urea)

☐ ▼☐ ▼

Page Break

**Question Block:** C\_LAB\_REAG\_AVAIL

**Contains:** C\_LAB\_REAG\_AVAIL\_FERRI, C\_LAB\_REAG\_AVAIL\_SULFO, C\_LAB\_REAG\_AVAIL\_PICRIC, C\_LAB\_REAG\_AVAIL\_ANTSYPH, C\_LAB\_REAG\_AVAIL\_ANTHIV, C\_LAB\_REAG\_AVAIL\_CYAN, C\_LAB\_REAG\_AVAIL\_ANTICOAG, C\_LAB\_REAG\_AVAIL\_BLTYPE, C\_LAB\_REAG\_AVAIL\_RH

**Required**

Show if: (FAC\_TYPE is-any-of 2:[CESAMO] or 3:[CMI] or 4:[Hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	



272. Indique la disponibilidad de los siguientes reactivos

	Observado	No observado
Ferricianuro de potasio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido sulfosalicílico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido pícrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cyanmethemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos para grupo sanguíneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos factor Rh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page Break

---



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

**Custom Layout Question:** C\_LAB\_SUP\_1\_BC



273.

Anticoagulantes

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)

**Custom Layout Question:** C\_LAB\_SUP\_2\_BC



274.

Anticuerpos factor Rh

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)

Page Break

---

**Collection:** GENERAL\_CONDITIONS**Contains:** EMER\_GEN\_, COL\_GEN**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 12:[Condiciones generales de la unidad]) or (JUMPBACK\_GEN = 1)

### Características generales de la unidad de salud

**Question:** EMER\_GEN\_**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrarla	



275. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarla

Page Break

**Collection:** COL\_GEN  
**Contains:** EMER\_WORK, EMER\_FUEL  
**Show if:** (EMER\_GEN\_ = 1:[Observado])

**Question:** EMER\_WORK  
**Required**  
**Show if:** (EMER\_GEN\_ = 1:[Observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, funciona	
0	No funciona	
-1	No sabe	



276. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

- ☐ Sí, funciona  
☐ No funciona  
☐ No sabe

**Question:** EMER\_FUEL  
**Required**  
**Show if:** (EMER\_GEN\_ = 1:[Observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	



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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe

**Collection:** JUMPS  
**Contains:** JUMPBACK\_INCOMPLETE  
**Show if:** (ROOM\_COMPLETE = 0) and (SELECTION\_AREA = 13:[Al final de la encuesta])

Page Break

---

Según nuestros registros, ha indicado que 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.

**Question:** JUMPBACK\_INCOMPLETE

**Required**

**Show if:** (ROOM\_COMPLETE = 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Consultorios de atención prenatal y postnatal	(Error!)
2	Sala de expulsión	(Error!) and (Error!)
3	Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)	(Error!) and (Error!)
4	Área de planificación familiar	(Error!)
5	Área de atención a niños	(Error!)
6	Área de vacunas	(Error!)
7	Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)	(Error!)
8	Área de diagnóstico por imágenes	(Error!) and (Error!)
9	Área de disposición de residuos biológico infecciosos	(Error!)
10	Farmacia	(Error!)
11	Laboratorio	(Error!) and (Error!)
12	Condiciones generales de la unidad	(Error!)
13	Al final de la encuesta	



278. 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
- ☐ Condiciones generales de la unidad
- ☐ Al final de la encuesta

Page Break

---

**Jump-To:** JMP\_ANPST  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** ANTENATAL\_POSTNATAL\_CARE  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 1:[Consultorios de atención prenatal y postnatal])

**Jump-To:** JMP\_DEL  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_DEL  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 2:[Sala de expulsión])

**Jump-To:** JMP\_EM  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_EM  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 3:[Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)])

**Jump-To:** JMP\_FP  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_FP  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 4:[Área de planificación familiar])

**Jump-To:** JMP\_CHILD  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_CHILD  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 5:[Área de atención a niños])

**Jump-To:** JMP\_IMM  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_VAC  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 6:[Área de vacunas])

**Jump-To:** JMP\_COLD\_CHAIN  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_COLD\_CHAIN  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 7:[Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)])

**Jump-To:** JMP\_DIAGNOSTIC\_IMAGING  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_DIAGN\_IMAGING  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 8:[Área de diagnóstico por imágenes])

**Jump-To:** JMP\_BIO\_HAZARD  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_BIOHAZARD  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 9:[Área de disposición de residuos biológico infecciosos])

**Jump-To:** JMP\_LAB  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_LAB  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 11:[Laboratorio])

**Jump-To:** JMP\_GENERAL\_CONDITION  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_GENERAL\_COND  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 12:[Condiciones generales de la unidad])

**Jump-To:** JMP\_PHARMACY  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** OBS\_PHARMACY  
**Jump-If:** (JUMPBACK\_INCOMPLETE = 10:[Farmacia])

**Collection:** COMMENTS  
**Contains:** COMMENT\_CHECKLIST

**Question:** COMMENT\_CHECKLIST



279. Escriba comentarios relevantes acerca de este cuestionario aqui:

Page Break

---

**Collection:** CMI\_FP\_CESAMO**Contains: Show if:** (FACILITY\_TYPE = 3) and (C\_FP\_CESAMO = 1:[Sí])

**Ha indicado que existe un CESAMO cercano en el que se den métodos anticonceptivos a pacientes de esta clínica materno-infantil.**

**Por favor verifica la presencia de los siguientes métodos anticonceptivos en ese CESAMO.**

**Custom Layout Question:** C\_CESAMO\_FP\_INPUT1

280.

Observado Total observados

Kit para inserción de DIU ☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_CESAMO\_FP\_INPUT2

281.

Observado

Condón masculino ☐Condón femenino ☐Pastillas combinadas ☐Pastillas con solamente progestina ☐Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes) ☐Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon) ☐Píldoras anticonceptivas de emergencia ☐Dispositivo intrauterino ☐Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant) ☐Espermicidas ☐Diafragma ☐Otras (especifique): 

Page Break

**Custom Layout Question:** C\_CESAMO\_FP\_INPUT3\_1

282.

Pastillas con solamente 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) ☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_CESAMO\_FP\_INPUT3\_2

283.

Pastillas 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) ☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_CESAMO\_FP\_INPUT3\_3

284.

Inyectables con solamente 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) ☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_CESAMO\_FP\_INPUT3\_4

285.

Inyectables combinados

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) ☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_CESAMO\_FP\_INPUT3\_5

286.

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) ☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_CESAMO\_FP\_INPUT3\_6

287.

Kit para inserción de 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) ☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_CESAMO\_FP\_INPUT3\_7

288.

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)

Page Break

---

**Jump-To:** JMP\_END\_1**Description:****Jump-To-Item:** End and Submit**Jump-If:** (SELECTION\_AREA = 13:[Al final de la encuesta]) and (SURVEY\_SUBMIT = 1:[Sí])**Jump-To:** JUMP\_SELECTION\_2**Description:****Jump-To-Item:** SELECTION\_AREA**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