



0%



BID

Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

ID:

Revisión del registro médico

1. Identificación del centro:

- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Concepcion De Maria
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / El Pacon
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / El Jicarito
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / La Guaruma
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Palo Solo
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / San Benito Nuevo
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / La Majada
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Monte Oscuro
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Madrigales
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Los Llanitos
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / El Terrero
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Concepcion De Maria
- ☐ Choluteca / Duyure / Duyure
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ San Marcos de Colon
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ Duyusupo
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ La Primavera
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ La Trementina
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ San Francisco
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ Las Cañas
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ An Jose De Caire
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ El Trapiche
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ San Marcos De Colon
- ☐ Comayagua / San José de Comayagua/ Bo. Abajo
- ☐ Comayagua/ San José de Comayagua/ Bo. El Centro
- ☐ Comayagua / Taulabe/ Jardines
- ☐ Comayagua / Taulabe/ Bo. Las Acasias
- ☐ Comayagua / Taulabe/ Bo. Las Acasias
- ☐ Copán / Cabañas / Cabañas
- ☐ Copán / Cabañas / Rio Negro
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Copán Ruinas
- ☐ Copán / Copán Ruinas / El Cisne
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Nueva Armenia
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Las Flores
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Rincon Del Buey
- ☐ Copán / Copán Ruinas / San Miguel Virginia
- ☐ Copán / La Jigua / Concepcion Barranca
- ☐ Copán / La Jigua / Aldea Nueva
- ☐ Copán / La Jigua / La Jigua
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Chalmeca
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / La Entrada
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Los Tangos
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Nueva Arcadia
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Barrio De La Entrada Copan
- ☐ Copán / San Antonio / San Antonio
- ☐ Copán / San Antonio / San Joaquin
- ☐ Copán / San Jeronimo / San Jeronimo
- ☐ Copán / San Jeronimo / La Esperanza
- ☐ Copán / San Nicolas / San Nicolas
- ☐ Copán / San Nicolas / El Modelo
- ☐ Copán / Santa Rita / Santa Rita
- ☐ Copán / Santa Rita / El Zapote
- ☐ Copán / Santa Rita / Rio Amarillo
- ☐ Copán / Santa Rita / Otuta

- ☐ Copán / Santa Rita / Mirasol
- ☐ Copán / Santa Rita / Hospital Regional
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / El Llano
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Peña Blanca
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Las Flores
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Santa Cruz De Yojoa
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Yojoa
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / San Isidro
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Los Caminos
- ☐ Intibucá / Concepción / Concepción
- ☐ Intibucá / Concepción / Guanijiquil
- ☐ Intibucá / Concepción / Jiquinlaca
- ☐ Intibucá / Magdalena / Magdalena
- ☐ Intibucá / San Antonio / San Antonio
- ☐ Intibucá / San Antonio / Santa Teresa
- ☐ Intibucá / San Antonio / San José
- ☐ Intibucá / San Miguelito / San Miguelito, Intibucá
- ☐ Intibucá / San Miguelito / Chupucay
- ☐ Intibucá / Santa Lucía / Santa Lucía
- ☐ La Paz / Aguanqueterique / Aguanqueterique
- ☐ La Paz / Aguanqueterique / Barrancaray
- ☐ La Paz / Aguanqueterique / Llanos De Candelaria
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Santiago de Puringla
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Hornitos
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Cedritos
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Ocotal
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / San Antonio De Santiago
- ☐ Lempira/ Candelaria / Bo. San Francisco
- ☐ Lempira / Candelaria / San Lorenzo Centro
- ☐ Lempira / Candelaria / San Francisco Centro
- ☐ Lempira / Candelaria / Bo. San Francisco
- ☐ Lempira / Cololaca / Cololaca Centro
- ☐ Lempira / Cololaca / Malsincales Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Gualcinse Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Tixila Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Santo Tomas Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Plan Grande Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Bo. Calvario
- ☐ Lempira / Guarita / San Antonio Mapulaca Centro
- ☐ Lempira / Guarita / Piraera Centro
- ☐ Lempira / Guarita / San Sebastian Centro
- ☐ Lempira / Guarita / San Felipe Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / San Simon Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / Sunsunlaca Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / Santiago Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / San Francisco Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / Cruz Concordia Centro
- ☐ Lempira / La Virtud / Bo. La Libertad
- ☐ Lempira / La Virtud / Corante Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / Guanajulque Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / San Jose Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / Bo. 24 De Octubre
- ☐ Lempira / Lepaera / Bo. El Calvario
- ☐ Lempira / Lepaera / Chorrera Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / Santa Cruz Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / San Ramon Centro
- ☐ Lempira / Mapulaca / Gualcinse Centro
- ☐ Lempira / Mapulaca / Talgua Centro
- ☐ Lempira / Piraera / Tenango Centro
- ☐ Lempira / Piraera / Bo. Centro
- ☐ Lempira / Piraera / Chinquin Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / Terlaca Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / Olosingo Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / La Campa Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / Mescalio Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / La Iguala Centro
- ☐ Lempira / San Juan Guarita / Lagunas De La Iguala Centro
- ☐ Lempira / San Juan Guarita / Taragual Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / San Bartolo Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. El Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. El Centro
- ☐ Lempira / San Marcos de Caiquin / Las Flores Centro
- ☐ Lempira / San Marcos de Caiquin / Mercedes Centro
- ☐ Lempira / San Sebastián / El Carmen Centro

- ☐ Lempira / San Sebastián / Jagua Centro
- ☐ Lempira / Tambla / Tambla Centro
- ☐ Lempira / Tomalá / Bo. El Centro
- ☐ Lempira / Tomalá / San Critobal Centro
- ☐ Lempira / Valladolid / Valladolid Centro
- ☐ Lempira / Virginia / Virginia Centro
- ☐ Lempira / Virginia / Agua Zarca Centro
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Dulce Nombre De Culmi
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Colonia
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Pisijire
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Pueblo Viejo
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / El Cerro
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Paulaya
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Las Marias
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Mata De Maiz
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Llorona
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Subirana
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Wasparani
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Campana
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Yorito
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / San Jose Del Guano
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Buenos Aires
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Nueva Esperanza
- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Rio Chiquito
- ☐ Santa Bárbara / San Marcos /San Francisco De Los Valles
- ☐ Santa Bárbara / San Marcos / San Marcos
- ☐ Santa Bárbara / San Marcos / Potrerillos
- ☐ Santa Bárbara / San Marcos / Sitio Viejo
- ☐ Santa Bárbara / San Marcos / San Marcos
- ☐ Valle / Langue / Langue
- ☐ Valle / Langue / Concepcion De Maria
- ☐ Valle / Langue / El Carrizal
- ☐ Valle / Langue / Llanito Verde
- ☐ Valle / Langue / El Naranjo
- ☐ Valle / Langue / Las Marias De Langue
- ☐ Valle / Langue / Las Olivas
- ☐ Valle / Langue / San Marcos
- ☐ Valle / Langue / San Francisco
- ☐ Valle / Langue / Los Llanos
- ☐ Valle / Langue / El Picacho
- ☐ Valle / Langue / Potrerillos
- ☐ Valle / Langue / Agua Zarca
- ☐ Valle / Langue / El Papalon
- ☐ No sabe

2. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

3. Identificación 1 del entrevistador

4. Identificación 2 del entrevistador

5. Tipo de unidad médica

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

Manejo de diarrea

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

Fecha de ingreso

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

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

Hora de ingreso

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

8. Sexo del bebé

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ No registrado

Anote si se registraron los siguientes síntomas

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

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

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

11. Anote el diagnóstico

- ☐ Diarrea aguda sin deshidratación
☐ Diarrea aguda con deshidratación
☐ Diarrea aguda con deshidratación severa
☐ Otro
☐ No registrado

12. Anote el tratamiento que se prescribió

- ☐ Se dio sales de rehidratación oral
☐ Terapia de rehidratación intravenosa
☐ Otra
☐ No registrado

Anote si se recetó algo para consumir en casa

13.	Recetado (si/no)
Sales de rehidratación oral	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>

14. Fecha de egreso

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

15. Hora de egreso

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado
☐ No aplica

16. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

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.