



0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID



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: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR_OBSTETRIC

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT, NAME_REG, FACILITY_ID

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

Question: MRR_DATE
Required

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required

2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Centro de salud	
4	Hospital primario	
5	Hospital departamental	
6	Hospital regional	

4. Tipo de unidad médica

- ☐ Centro de salud
☐ Hospital primario
☐ Hospital departamental
☐ Hospital regional

Jump-To: JMP1

Description:

Jump-To-Item: NOT_ELEGIBLE

Jump-If: (MRR_TYPE_UNIT is-none-of 3:[Centro de salud] or 4:[Hospital primario] or 5:[Hospital departamental] or 6:[Hospital regional])

Question: NAME_REG
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	Bilwi	

1	Jinotega	
3	Las Minas	
2	Matagalpa	
4	Madriz	<i>Never Shown</i>
5	RAAS	<i>Never Shown</i>
6	Chontales	<i>Never Shown</i>

5. Nombre de la región

- ☐ Bilwi
☐ Jinotega
☐ Las Minas
☐ Matagalpa
☐ Madriz
☐ RAAS
☐ Chontales

Question: FACILITY_ID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
8	Abisinia (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
240	Las Quebradas Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
52	Adelina Ortega Castro (Centro de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
46	Las Vegas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
180	Aguas Claras Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
293	Layasixa Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
362	Aguas Frias (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
381	Leymus (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
357	Alal (Puesto de salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
195	Lidaukra (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
280	Andres Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
116	Likia (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
371	Arenas Blancas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
361	Lisawe	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
247	Asang Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
258	Livingkrick Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
193	Auhya Pihni (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
54	Loma Alta Arriba (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
200	Awastara Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
131	Los Limones (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
264	Awastigni Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
64	Maleconcito (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
14	Ayapal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
209	Maniwatla (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
221	Banacruz (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
266	Miguel Bikan Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
187	Betania (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
237	Mongallo Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
358	Betelehem (Puesto de salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
162	Montaña Grande Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
43	Bijawal(Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
176	Musawas Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
250	Bilwaskarma (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
356	Naranjal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
257	Bismona Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
375	Nazareth (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
67	Boca de Wamblán (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
42	Nelson Rodríguez (Centro de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
16	Bocas de Atapal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
199	Ninayari Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
364	Bocas de Par Par (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
185	Nuevo Amanecer (hospital regional)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
363	Bocas de Plis (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
135	Ocote Arriba (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
6	Bocaycito (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
370	Ocote Tuma (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])

206	Boom Sirpi (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
245	Oswald (hospital primario)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
284	Cabo Viejo (antes Cabo Gracias) Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
999	Otro (especificar)	
228	Carlos Centeno (Hospital primario)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
204	Pahra (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
124	Colonia Agrícola (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
111	Pancasán Matiguás (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
373	Columbus (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
7	Pedernales (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
299	Comandante Carlos Fonseca (hospital primario)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
235	Peñas Blancas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
231	Cooperna (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
366	Pierre Cross Jeans (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
163	Cuajin iquil (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
9	Pita del Carmen (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
211	Dakra Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
65	Plan de Grama (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
4	El Bote (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
53	Planes de Vilan (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
60	El Carmen (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
369	Posolera (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
319	El Carmen (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
292	Prinzapolka Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
133	El Carrizal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
289	Prinzapolka, Prinzu Pawanka (hospital primario)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
10	El Cedro (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
172	Puerto Viejo Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
55	El Corozal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
365	Puntizuela (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
290	El corozo (Nuevo) (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
196	Rahawawatla Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
115	El Corozo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
121	Rancho Grande Centro de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
368	El Coyolar (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
220	Risco de Oro (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
3	El Golfo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
244	Rosa Grande (antes Santa Rosa) Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
241	El Guayabo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
218	Rosario Pravia Medina (hospital primario)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
234	El Hormiguero Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
208	Sagnilaya Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
367	El Hular (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
212	Sahsa Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
114	El Jobo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
380	Saklin (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
160	El Naranjo Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
274	San Alberto Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
68	El Subterráneo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
255	San Carlos Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
15	El Tigre (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
130	San Dionisio (Centro de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
167	El Tuma (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
249	San Jerónimo Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
118	Emiliano Pérez (Centro de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
110	San José (hospital primario)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])

360	Enmanuel (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
18	San Juan (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
184	Ernesto Hodgson Write (Centro de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
376	San Pablo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
177	Españolina (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
272	San Pedro Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
175	Esteban Jaens Serrano (hospital primario)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
378	Santa Clara (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
170	Fidel Ventura (hospital primario)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
47	Santa Elena (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
236	Floripon Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
276	Santa Fe Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
252	Francia Sirpi (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
165	Santa Luz Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
161	Francisco Buitrago (Centro de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
226	Santa Maria Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
227	Fruta de Pan (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
198	Santa Marta (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
374	Greyton (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
229	Santa Rita Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
168	Guapotal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
2	Santa Rosa (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
230	Guineo Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
261	Saupuka Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
295	Halover (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
379	Sawa (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
1	Héroes y Mártires del Cua (Hospital primario)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
239	Sikita Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
355	Héroes y Mártires San Jose de las Mulas (Hospital primario)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
291	Silibila (Nuevo) Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
119	Jesús Bermúdez (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
186	Sisin (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
58	Jiquelete (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
372	Sofana (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
59	Jorge Navarro (Hospital primario)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
69	Somotignes (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
387	Juan C. Flores (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
194	Sukatpin (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
134	Junquillo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
213	Sumubila Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
191	Kahka Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
132	Susulí (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
214	Kamla Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
224	Susun Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
173	Kaskita (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
232	Tadzna Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
260	Kisalaya (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
56	Tamalaque (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
279	Klar Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
377	Tasba Pain (Nuevo) (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
190	Kligna Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
248	Tronquera (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
281	Klinsnack Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
205	Tuapi (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
262	Koom Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
210	Tuara Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
197	Krukira Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
384	Tuburus (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
385	KuanWatla (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
263	Tuskirusirpi (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
174	Kubalí (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
268	Tuskrutara Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
286	Kuiwitngni (Nuevo) Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])

278	Uhri Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
386	Kukayala (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
238	Union Labu Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
382	Kururia (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
179	Vesubio Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
123	Kuskawas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
359	Villa Sikia (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
254	La Esperanza Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
63	Wablan (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
5	La Lana (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
294	Walpasiksa (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
169	La Mora (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
233	Wany (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
112	La Patriota (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
223	Wasakin Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
45	La Pavona (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
267	Wasla Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
44	La Rica (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
192	Wawa Bar (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
166	La Tronca (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
283	Wisconsin Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
383	Laguna de Kukayala (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
253	Wiwinack Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
275	Laguntara Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
296	Wontabar (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
202	Lamlaya Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
201	Yulo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
188	Lapan Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
243	Zapota Kum (Nuevo) Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
225	Las Breñas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
171	Zinica Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
122	Las Brisas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
57	Zompopera (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])

6. Identificación del centro:

- ☐ Abisinia (Puesto de Salud)
- ☐ Adelina Ortega Castro (Centro de Salud)
- ☐ Aguas Claras Puesto de Salud)
- ☐ Aguas Frias (Puesto de Salud)
- ☐ Alal (Puesto de salud)
- ☐ Andres Puesto de Salud)
- ☐ Arenas Blancas (Puesto de Salud)
- ☐ Asang Puesto de Salud)
- ☐ Auhya Pihni (Puesto de Salud)
- ☐ Awastara Puesto de Salud)
- ☐ Awastigni Puesto de Salud)
- ☐ Ayapal (Puesto de Salud)
- ☐ Banacruz (Puesto de Salud)
- ☐ Betania (Puesto de Salud)
- ☐ Betlehem (Puesto de salud)
- ☐ Bijawal(Puesto de Salud)
- ☐ Bilwaskarma (Puesto de Salud)
- ☐ Bismona Puesto de Salud)
- ☐ Boca de Wamblán (Puesto de Salud)
- ☐ Bocas de Atapal (Puesto de Salud)
- ☐ Bocas de Par Par (Puesto de Salud)
- ☐ Bocas de Plis (Puesto de Salud)
- ☐ Bocaycito (Puesto de Salud)
- ☐ Boom Sirpi (Puesto de Salud)
- ☐ Cabo Viejo (antes Cabo Gracias) Puesto de Salud)
- ☐ Las Quebradas Puesto de Salud)
- ☐ Las Vegas (Puesto de Salud)
- ☐ Layasixa Puesto de Salud)
- ☐ Leymus (Puesto de Salud)
- ☐ Lidaukra (Puesto de Salud)
- ☐ Likia (Puesto de Salud)
- ☐ Lisawe
- ☐ Livingkrick Puesto de Salud)
- ☐ Loma Alta Arriba (Puesto de Salud)
- ☐ Los Limones (Puesto de Salud)
- ☐ Maleconcito (Puesto de Salud)
- ☐ Maniwatla (Puesto de Salud)
- ☐ Miguel Bikan Puesto de Salud)
- ☐ Mongallo Puesto de Salud)
- ☐ Montaña Grande Puesto de Salud)
- ☐ Musawas Puesto de Salud)
- ☐ Naranjal (Puesto de Salud)
- ☐ Nazareth (Puesto de Salud)
- ☐ Nelson Rodríguez (Centro de Salud)
- ☐ Ninayari Puesto de Salud)
- ☐ Nuevo Amanecer (hospital regional)
- ☐ Ocote Arriba (Puesto de Salud)
- ☐ Ocote Tuma (Puesto de Salud)
- ☐ Oswald (hospital primario)
- ☐ Otro (especificar)

- ☐ Carlos Centeno (Hospital primario)
- ☐ Colonia Agrícola (Puesto de Salud)
- ☐ Columbus (Puesto de Salud)
- ☐ Comandante Carlos Fonseca (hospital primario)
- ☐ Cooperna (Puesto de Salud)
- ☐ Cuajin iquil (Puesto de Salud)
- ☐ Dakra Puesto de Salud)
- ☐ El Bote (Puesto de Salud)
- ☐ El Carmen (Puesto de Salud)
- ☐ El Carmen (Puesto de Salud)
- ☐ El Carrizal (Puesto de Salud)
- ☐ El Cedro (Puesto de Salud)
- ☐ El Corozal (Puesto de Salud)
- ☐ El corozo (Nuevo) (Puesto de Salud)
- ☐ El Corozo (Puesto de Salud)
- ☐ El Coyolar (Puesto de Salud)
- ☐ El Golfo (Puesto de Salud)
- ☐ El Guayabo (Puesto de Salud)
- ☐ El Hormiguero Puesto de Salud)
- ☐ El Hular (Puesto de Salud)
- ☐ El Jobo (Puesto de Salud)
- ☐ El Naranjo Puesto de Salud)
- ☐ El Subterráneo (Puesto de Salud)
- ☐ El Tigre (Puesto de Salud)
- ☐ El Tuma (Puesto de Salud)
- ☐ Emiliano Pérez (Centro de Salud)
- ☐ Enmanuel (Puesto de Salud)
- ☐ Ernesto Hodgson Write (Centro de Salud)
- ☐ Españolina (Puesto de Salud)
- ☐ Esteban Jaens Serrano (hospital primario)
- ☐ Fidel Ventura (hospital primario)
- ☐ Floripon Puesto de Salud)
- ☐ Francia Sirpi (Puesto de Salud)
- ☐ Francisco Buitrago (Centro de Salud)
- ☐ Fruta de Pan (Puesto de Salud)
- ☐ Greyton (Puesto de Salud)
- ☐ Guapotal (Puesto de Salud)
- ☐ Guineo Puesto de Salud)
- ☐ Halover (Puesto de Salud)
- ☐ Héroes y Mártires del Cua (Hospital primario)
- ☐ Héroes y Mártires San Jose de las Mulas (Hospital primario)
- ☐ Jesús Bermúdez (Puesto de Salud)
- ☐ Jiquelete (Puesto de Salud)
- ☐ Jorge Navarro (Hospital primario)
- ☐ Juan C. Flores (Puesto de Salud)
- ☐ Junquillo (Puesto de Salud)
- ☐ Kahka Puesto de Salud)
- ☐ Kamla Puesto de Salud)
- ☐ Kaskita (Puesto de Salud)
- ☐ Kisalaya (Puesto de Salud)
- ☐ Klar Puesto de Salud)
- ☐ Kliga Puesto de Salud)
- ☐ Klisnack Puesto de Salud)
- ☐ Pahra (Puesto de Salud)
- ☐ Pancasán Matiguás (Puesto de Salud)
- ☐ Pedernales (Puesto de Salud)
- ☐ Peñas Blancas (Puesto de Salud)
- ☐ Pierre Cross Jeans (Puesto de Salud)
- ☐ Pita del Carmen (Puesto de Salud)
- ☐ Plan de Grama (Puesto de Salud)
- ☐ Planes de Vilan (Puesto de Salud)
- ☐ Posolera (Puesto de Salud)
- ☐ Prinzapolka Puesto de Salud)
- ☐ Prinzapolka, Prinzu Pawanka (hospital primario)
- ☐ Puerto Viejo Puesto de Salud)
- ☐ Puntizuela (Puesto de Salud)
- ☐ Rahawawatla Puesto de Salud)
- ☐ Rancho Grande Centro de Salud)
- ☐ Risco de Oro (Puesto de Salud)
- ☐ Rosa Grande (antes Santa Rosa) Puesto de Salud)
- ☐ Rosario Pravia Medina (hospital primario)
- ☐ Sagnilaya Puesto de Salud)
- ☐ Sahsa Puesto de Salud)
- ☐ Saklin (Puesto de Salud)
- ☐ San Alberto Puesto de Salud)
- ☐ San Carlos Puesto de Salud)
- ☐ San Dionisio (Centro de Salud)
- ☐ San Jerónimo Puesto de Salud)
- ☐ San José (hospital primario)
- ☐ San Juan (Puesto de Salud)
- ☐ San Pablo (Puesto de Salud)
- ☐ San Pedro Puesto de Salud)
- ☐ Santa Clara (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Elena (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Fe Puesto de Salud)
- ☐ Santa Luz Puesto de Salud)
- ☐ Santa Maria Puesto de Salud)
- ☐ Santa Marta (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Rita Puesto de Salud)
- ☐ Santa Rosa (Puesto de Salud)
- ☐ Saupuka Puesto de Salud)
- ☐ Sawa (Puesto de Salud)
- ☐ Sikita Puesto de Salud)
- ☐ Silibila (Nuevo) Puesto de Salud)
- ☐ Sisin (Puesto de Salud)
- ☐ Sofana (Puesto de Salud)
- ☐ Somotignes (Puesto de Salud)
- ☐ Sukatpin (Puesto de Salud)
- ☐ Sumubila Puesto de Salud)
- ☐ Susulí (Puesto de Salud)
- ☐ Susun Puesto de Salud)
- ☐ Tadazna Puesto de Salud)
- ☐ Tamalaque (Puesto de Salud)
- ☐ Tasba Pain (Nuevo) (Puesto de Salud)
- ☐ Tronquera (Puesto de Salud)
- ☐ Tuapi (Puesto de Salud)

- ☐ Koom Puesto de Salud)
☐ Krukira Puesto de Salud)
☐ KuanWatla (Puesto de Salud)
☐ Kubalí (Puesto de Salud)
☐ Kuiwitngni (Nuevo) Puesto de Salud)
☐ Kukayala (Puesto de Salud)
☐ Kururia (Puesto de Salud)
☐ Kuskawas (Puesto de Salud)
☐ La Esperanza Puesto de Salud)
☐ La Lana (Puesto de Salud)
☐ La Mora (Puesto de Salud)
☐ La Patriota (Puesto de Salud)
☐ La Pavona (Puesto de Salud)
☐ La Rica (Puesto de Salud)
☐ La Tronca (Puesto de Salud)
☐ Laguna de Kukayala (Puesto de Salud)
☐ Laguntara Puesto de Salud)
☐ Lamlaya Puesto de Salud)
☐ Lapan Puesto de Salud)
☐ Las Breñas (Puesto de Salud)
☐ Las Brisas (Puesto de Salud)
☐ Tuara Puesto de Salud)
☐ Tuburus (Puesto de Salud)
☐ Tuskrusirpi (Puesto de Salud)
☐ Tuskrutara Puesto de Salud)
☐ Uhri Puesto de Salud)
☐ Union Labu Puesto de Salud)
☐ Vesubio Puesto de Salud)
☐ Villa Sikia (Puesto de Salud)
☐ Wablan (Puesto de Salud)
☐ Walpasiksa (Puesto de Salud)
☐ Wany (Puesto de Salud)
☐ Wasakin Puesto de Salud)
☐ Wasla Puesto de Salud)
☐ Wawa Bar (Puesto de Salud)
☐ Wisconsin Puesto de Salud)
☐ Wiwinack Puesto de Salud)
☐ Wontabar (Puesto de Salud)
☐ Yulo (Puesto de Salud)
☐ Zapota Kum (Nuevo) Puesto de Salud)
☐ Zinica Puesto de Salud)
☐ Zompopera (Puesto de Salud)

Collection: MRR Obstetric
Contains: MATERNAL_COMPLICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Collection: MATERNAL_COMPLICATIONS
Contains: MRR_WOM_DEL_COMP, MRR_GENERAL, VITAL_SIGNS, SEPSIS, HEMORRHAGE, PRE-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA

Complicaciones maternas

Question: MRR_WOM_DEL_COMP
Minimum checks: 1

7. ¿Tuvo la mujer alguna de las siguientes complicaciones?

- ☐ Sepsis
☐ Hemorragia
☐ Pre-eclampsia grave
☐ Eclampsia
☐ Ninguna

Jump-To: JMP3
Description:
Jump-To-Item: NO_COMPL
Jump-If: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Ninguna])

Collection: MRR_GENERAL
Contains: WOM_ADM_DATE, WOM_ADM_TIME, MRR_AGE, MRR_LITERACY, MRR_EDU, MRR_MAR_STAT, MRR_ETHNICITY, WOM_REG_ID, WOM_GESTAGE, WOM_BABYCOMPL

Question: WOM_ADM_DATE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si:	
-1	No registrado	

8. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

Question: WOM_ADM_TIME
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

9. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de ingreso fue . Por favor revisa expedientes donde el nacimiento ocurrió entre 01/05/2012 - 31/05/2014.

Jump-To: JMP2**Description:****Jump-To-Item:** END**Jump-If:** (DATE_ELEGIBILITY_2014 = 0) or (DATE_ELEGIBILITY_2012 = 0)**Question:** MRR_AGE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
0	no registrada	

10. Edad de mujer:

- ☐ años
- ☐ no registrada

Question: MRR_LITERACY**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alfabeta	
0	Analfabeta	
-1	No registrado	

11. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

Question: MRR_EDU**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria	
3	Secundaria	
5	Universidad	
-1	No registrado	

12. Educación

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

Question: MRR_MAR_STAT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casada	
2	Unión estable	
3	Soltera	
5	Divorciada	
6	Viuda	
7	Acompañada	
4	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

13. Estado civil/familiar:

- ☐ Casada
- ☐ Unión estable
- ☐ Soltera
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Acompañada
- ☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

Question: MRR_ETHNICITY
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mestiza	
2	Indigena	
3	Negra	
5	Blanca	
4	Otro	
-1	No registrado	

14. Etnia:

- ☐ Mestiza
- ☐ Indigena
- ☐ Negra
- ☐ Blanca
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_REG_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Jinotega	
2	Matagalpa	
3	RAAN	
4	Madriz	
5	RAAS	
6	Chontales	
995	Otra	

15. ¿De que región viene la mujer?

- ☐ Jinotega
- ☐ Matagalpa
- ☐ RAAN
- ☐ Madriz
- ☐ RAAS
- ☐ Chontales
- ☐ Otra

Question: WOM_GESTAGE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Edad:	
-1	No registrado	

16. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: WOM_BABYCOMPL
Minimum checks: 1

17. Anote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Sepsis
- ☐ Asfixia
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Prematurez
- ☐ Sin complicaciones

Collection: VITAL_SIGNS

Contains: Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Sepsis] or [Hemorragia] or [Pre-eclampsia grave] or [Eclampsia])

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

Custom Layout Question: WOM_CHECK

18.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="text"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="text"/>	<input type="text"/> minuto <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		

Presión arterial sistólica	<input type="text"/>	mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="text"/>	mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="text"/>	por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="text"/>	°C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Collection: SEPSIS
Contains: SEP_BC
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Sepsis])

Collection: SEP_BC
Contains: WOM_SEP_COMP_CAUSE, WOM_SEP_COMP_PROCEDURES, WOM_SEP_COMP_MEDICATIONS, WOM_SEP_COMP_DISPOSITION, WOM_SEP_COMP_REF_REAS, WOM_SEP_COMP_DIS_DATE, WOM_SEP_COMP_DIS_TIME, WOM_SEP_COMP_DEATH_DATE, WOM_SEP_COMP_DEATH_TIME
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Sepsis])

*Anote si se registró lo siguiente para el paciente con **sepsis**.*

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_LAB

19.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	x10^9/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_SEP_COMP_CAUSE

Minimum checks: 1

20. Anote la razón de la sepsis (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados
- ☐ Perforación uterina
- ☐ Corioamnionitis
- ☐ Ruptura prematura de membranas (RPM)
- ☐ Abscesos
- ☐ Embarazos ectopicos infectados
- ☐ Pelvipertonitis
- ☐ Desgarro de canal vaginal
- ☐ Episiotomía infectada
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_COMP_PROCEDURES

Minimum checks: 1

21. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ AMEU
- ☐ Revisión de cavidad uterina
- ☐ Parto normal
- ☐ Cesárea
- ☐ Histerectomía
- ☐ Laparotomía
- ☐ Reparación quirúrgica
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_COMP_MED

22.	Administrado (Sí/No)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Amikacina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ampicillina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_SEP_COMP_MEDICATIONS**Required**

Show if: ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMI = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_CLI = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_MET = 1) and ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OAN1 = 1) and (WOM_SEP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

23. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_SEP_COMP_DISPOSITION**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Murió en el hospital
- ☐ Egresó para su casa
- ☐ Transferida a otra unidad médica
- ☐ Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)
- ☐ Desconocido
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_COMP_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

25. Razón por la que fue referida:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Sangrado
- ☐ Loquios
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_COMP_DIS_DATE**Required**

Show if: (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

26. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_SEP_COMP_DIS_TIME**Required**

Show if: (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

27. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_COMP_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

28. Fecha de defunción

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

Question: WOM_SEP_COMP_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_SEP_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

29. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: HEMORRHAGE**Contains:** HEM_BASIC, HEM_COMPLETE**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Hemorragia])**Collection:** HEM_BASIC**Contains:** WOM_HEM_BASIC_CAUSE, WOM_HEM_BASIC_PROCEDURES, WOM_HEM_BASIC_MEDICATIONS, WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION, WOM_HEM_BASIC_REF_REAS, WOM_HEM_BASIC_DIS_DATE, WOM_HEM_BASIC_DIS_TIME, WOM_HEM_BASIC_DEATH_DATE, WOM_HEM_BASIC_DEATH_TIME**Show if:** (FACILITY_TYPE = 2)*Anote si se registró lo siguiente para el paciente con **hemorragia**.*

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_BASIC_MED

30.	Administrado (Sí/No)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		unidades		
Lactato Ringer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hartman solucion	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solucion salina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/>		
Otro uterotónico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>		

Custom Layout Question: WOM_HEM_BASIC_LAB

31.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Tiempo de protrombina (TP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		segundo		
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		segundo		
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		$\times 10^9/L$		
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		g/dL		
Hematocrito	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)				

Question: WOM_HEM_BASIC_CAUSE

Minimum checks: 1

32. Anote la razón de la hemorragia (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto complicado
☐ Retención de placenta o restos corioplacentarios
☐ Placenta previa
☐ Desprendimiento prematuro de placenta
☐ Ruptura uterina
☐ Atonía uterina
☐ Embarazo ectópico
☐ Desgarros cervicales
☐ Desgarros de canal vaginal
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: WOM_HEM_BASIC_PROCEDURES

Minimum checks: 1

33. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ AMEU
☐ Legrado / revisión de cavidad uterina
☐ Cesárea
☐ Histerectomía
☐ Laparotomía
☐ Reparación o sutura
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: WOM_HEM_BASIC_MEDICATIONS

Required

Show if: ((WOM_HEM_BASIC_MED_OUT_NAME = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_LAC = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_LAC = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) and (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

34. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

Question: WOM_HEM_BASIC_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

36. Razón por la que fue referida:

- ☐ Baja presión arterial
☐ Baja hemoglobina
☐ Sangrado

- ☐ Loquios
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_BASIC_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

37. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_HEM_BASIC_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

38. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_BASIC_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

39. Fecha de defunción

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

Question: WOM_HEM_BASIC_DEATH_TIME

Required

Show if: (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

40. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: HEM_COMPLETE

Contains: WOM_HEM_COMP_CAUSE, WOM_HEM_COMP_PROCEDURES, WOM_HEM_COMP_MEDICATIONS, WOM_HEM_COMP_DISPOSITION, WOM_HEM_COMP_REF_REAS, WOM_HEM_COMP_DIS_DATE, WOM_HEM_COMP_DIS_TIME, WOM_HEM_COMP_DEATH_DATE, WOM_HEM_COMP_DEATH_TIME

Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

*Anote si se registró lo siguiente para el paciente con **hemorragia**.*

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_HEM_COMP_LAB

41.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Tiempo de protrombina (TP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> segundo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> segundo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> ×10 ⁹ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematocrito	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_HEM_COMP_CAUSE
Minimum checks: 1

42. Anote la razón de la hemorragia (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto complicado
☐ Retención de placenta o restos corioplacentarios
☐ Placenta previa
☐ Desprendimiento prematuro de placenta
☐ Ruptura uterina
☐ Atonía uterina
☐ Embarazo ectópico
☐ Desgarros cervicales
☐ Desgarros de canal vaginal
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: WOM_HEM_COMP_PROCEDURES
Minimum checks: 1

43. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ AMEU
☐ Legrado / revisión de cavidad uterina
☐ Cesárea
☐ Histerectomía
☐ Laparotomía
☐ Reparación o sutura
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_COMP_MED

44.	Administrado (Sí/No)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: WOM_HEM_COMP_MED2

45.	Administrado (Sí/No)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Hartman solucion	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solucion salina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_HEM_COMP_MEDICATIONS
Required

Show if: ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OXI = 1) and ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OUT = 1) and (WOM_HEM_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	

0	No	
---	----	--

46. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_HEM_COMP_DISPOSITION

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

Question: WOM_HEM_COMP_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

48. Razón por la que fue referida:

- ☐ Baja presión arterial
☐ Baja hemoglobina
☐ Sangrado
☐ Loquios
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_HEM_COMP_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

49. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_HEM_COMP_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

50. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_HEM_COMP_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

51. Fecha de defunción

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

Question: WOM_HEM_COMP_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_HEM_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

52. Hora de defunción

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado
Collection: PRE-ECLAMPSIA**Contains:** PRE_BASIC, PRE_COMP**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Pre-eclampsia grave])Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con **pre-eclampsia****Collection:** PRE_BASIC**Contains:** WOM_PRE_BASIC_MEDICATIONS, WOM_PRE_BASIC_RESULT, WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION, WOM_PRE_BASIC_REF_REAS, WOM_PRE_BASIC_DIS_DATE, WOM_PRE_BASIC_DIS_TIME, WOM_PRE_BASIC_DEATH_DATE, WOM_PRE_BASIC_DEATH_TIME**Show if:** (FACILITY_TYPE = 2)

Revise si se hicieron las siguientes revisiones

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_CHECK2

53. Registrado (Sí/No) Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Convulsiones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_LAB

54. Registrado (Sí/No) Negativo Numero de + Valor Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Proteína en orina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_LAB1

55. Registrado (Sí/No) Valor Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_MED2

56. Administrado (Sí/No) Dosis Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Dexametasona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------	----------------------	----------------------	----------------------

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_MED

57. Administrado (Sí/No) Dosis Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Sulfato de magnesio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_PRE_BASIC_MEDICATIONS**Required**
Show if: ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_PRE_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Si	
0	No	

58. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_PRE_BASIC_RESULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	

59. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_BASIC_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

61. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Loquios
☐ Convulsiones
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_BASIC_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

62. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_PRE_BASIC_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	

-1 No registrado

63. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_BASIC_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

64. Fecha de defunción

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

Question: WOM_PRE_BASIC_DEATH_TIME

Required

Show if: (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

65. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: PRE_COMP

Contains: WOM_PRE_COMP_MEDICATIONS, WOM_PRE_COMP_RESULT, WOM_PRE_COMP_DISPOSITION, WOM_PRE_COMP_REF_REAS, WOM_PRE_COMP_DIS_DATE, WOM_PRE_COMP_DIS_TIME, WOM_PRE_COMP_DEATH_DATE, WOM_PRE_COMP_DEATH_TIME

Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_CHECK2

	Registrado (Sí/No)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>		
Reflejo	<input type="checkbox"/>		
Oliguria	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_LAB1

	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
67. Plaquetas	<input type="checkbox"/>	x10 ⁹ /L		
Aspartato-amino transferasa (TGO)	<input type="checkbox"/>	U/liter		
Alanin-amino transferasa (TGP)	<input type="checkbox"/>	U/liter		
Lactato dehidrogenasa (LDH)	<input type="checkbox"/>	U/liter		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>			

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_LAB2

	Registrado (Sí/No)	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
68. Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g/dia		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_COMP_MED

	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
69.				

(Sí/No)

Sulfato de magnesio

☐

Labetalol

☐

Hidralazina

☐

Nifedipina

☐

Dexametasona

☐

Otro antihipertensivo (especificar)

☐

Otro medicamento (especificar)

☐**Question:** WOM_PRE_COMP_MEDICATIONS**Required**

Show if: ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_BET = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_DEX = 1) and ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_PRE_COMP_MED_ADM_OME1 = 1)))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

70. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_PRE_COMP_RESULT**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	

71. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_COMP_DISPOSITION**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_COMP_REF_REAS**Minimum checks:** 1

Show if: (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

73. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Loquios
☐ Convulsiones
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_COMP_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

74. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_PRE_COMP_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

75. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_COMP_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

76. Fecha de defunción

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

Question: WOM_PRE_COMP_DEATH_TIME

Required

Show if: (WOM_PRE_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

77. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Collection: ECLAMPSIA

Contains: ECL_BASIC, ECL_COMP

Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Eclampsia])

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con **eclampsia**.

Collection: ECL_BASIC

Contains: WOM_ECL_BASIC_MEDICATIONS, WOM_ECL_BASIC_RESULT, WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION, WOM_ECL_BASIC_REF_REAS, WOM_ECL_BASIC_DIS_DATE, WOM_ECL_BASIC_DIS_TIME, WOM_ECL_BASIC_DEATH_DATE, WOM_ECL_BASIC_DEATH_TIME

Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_CHECK2

78. Registrado (Sí/No) Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_LAB

79.	Registrado (Sí/No)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_LAB1

80.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ⁹ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_MED2

81.	Administrado (Sí/No)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_MED

82.	Administrado (Sí/No)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_ECL_BASIC_MEDICATIONS**Required**

Show if: ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

83. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_ECL_BASIC_RESULT**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	

84. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)	

5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Murió en el hospital
- ☐ Egresó para su casa
- ☐ Transferida a otra unidad médica
- ☐ Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)
- ☐ Desconocido
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_BASIC_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

86. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Proteinuria
- ☐ Sangrado
- ☐ Loquios
- ☐ Convulsiones
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_BASIC_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

87. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_ECL_BASIC_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

88. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_BASIC_DEATH_DATE

Required

Show if: (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

89. Fecha de defunción

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

Question: WOM_ECL_BASIC_DEATH_TIME

Required

Show if: (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

90. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: ECL_COMP

Contains: WOM_ECL_COMP_MEDICATIONS, WOM_ECL_COMP_RESULT, WOM_ECL_COMP_DISPOSITION, WOM_ECL_COMP_REF_REAS, WOM_ECL_COMP_DIS_DATE,

WOM_ECL_COMP_DIS_TIME, WOM_ECL_COMP_DEATH_DATE, WOM_ECL_COMP_DEATH_TIME

Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_CHECK2

91.	Registrado (Sí/No)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>		
Reflejo	<input type="checkbox"/>		
Oliguria	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_LAB1

92.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10 ⁹ /L		
Aspartato-amino transferasa (TGO)	<input type="checkbox"/>	U/liter		
Alanin-amino transferasa (TGP)	<input type="checkbox"/>	U/liter		
Lactato deshidrogenasa (LDH)	<input type="checkbox"/>	U/liter		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>			

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_LAB2

93.	Registrado (Sí/No)	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		g/dia		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_COMP_MED

94.	Administrado (Sí/No)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio	<input type="checkbox"/>			
Labetalol	<input type="checkbox"/>			
Hidralazina	<input type="checkbox"/>			
Nifedipina	<input type="checkbox"/>			
Dexametasona	<input type="checkbox"/>			
Otro antihipertensivo (especificar)	<input type="checkbox"/>			
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>			

Question: WOM_ECL_COMP_MEDICATIONS**Required**

Show if: ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_MGS = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_HID = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_BET = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_DEX = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OAH = 1) and ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_COMP_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	

0 No

95. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

Question: WOM_ECL_COMP_RESULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	

96. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_DISPOSITION

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

98. Razón por la que fue referida:

- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Loquios
☐ Convulsiones
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_DIS_DATE

Required

Show if: (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

99. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_ECL_COMP_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

100. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_COMP_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

101. Fecha de defunción

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

Question: WOM_ECL_COMP_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_ECL_COMP_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

102. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_MRR_DISPOSITION**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Murió en el hospital
- ☐ Egresó para su casa
- ☐ Transferida a otra unidad médica
- ☐ Egresó contra las indicaciones médicas
- ☐ Desconocido
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

Question: WOM_DISPOSITION_REFER_UNIT**Required****Show if:** (WOM_MRR_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Centro de salud	
4	Hospital primario	
5	Hospital departamental	
6	Hospital regional	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

104. Indique que tipo de unidad médica el niño transferida

- ☐ Centro de salud
- ☐ Hospital primario
- ☐ Hospital departamental
- ☐ Hospital regional
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

Question: COMMENT_COMPL_MATERNA

105. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección



Los registros de las complicaciones maternas sólo deben revisarse en los hospitales.

Ha indicado que este mujer no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, hemorragia, pre-eclampsia, y eclampsia

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