



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\_GENERAL\_QUESTIONS, MRR\_ANC, MRR\_DELIVERY, MRR\_POSTPARTUM

#### Revisión del registro médico

**Collection:** MRR\_LOG\_IN  
**Contains:** MRR\_DATE, MRR\_INTERVW\_ID1, MRR\_INTERVW\_ID2, MRR\_TYPE\_UNIT, NAME\_REG, FACILITY\_ID

**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 |
| 1             | Puesto de Salud        |         |
| 2             | Centro de salud        |         |
| 4             | Hospital primario      |         |
| 5             | Hospital departamental |         |
| 6             | Hospital regional      |         |

4. Tipo de unidad médica

- ☐ Puesto de Salud  
☐ Centro de salud  
☐ Hospital primario  
☐ Hospital departamental  
☐ 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           | Betlehem (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 | Enmanual (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 | Tadazna 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)  
☐ Carlos Centeno (Hospital primario)  
☐ Colonia Agrícola (Puesto de Salud)  
☐ Columbus (Puesto de Salud)  
☐ Comandante Carlos Fonseca (hospital primario)  
☐ Coopera (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)  
☐ 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)   
☐ 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)

- ☐ 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)
- ☐ Española (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)
- ☐ Kligna Puesto de Salud)
- ☐ Klisnack 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)
- ☐ 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)
- ☐ 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)

- ☐ Lamlaya Puesto de Salud)
 ☐ Yulo (Puesto de Salud)
- ☐ Lapan Puesto de Salud)
 ☐ Zapota Kum (Nuevo) Puesto de Salud)
- ☐ Las Breñas (Puesto de Salud)
 ☐ Zinica Puesto de Salud)
- ☐ Las Brisas (Puesto de Salud)
 ☐ Zompopera (Puesto de Salud)

**Collection:** MRR\_GENERAL\_QUESTIONS

**Contains:** MRR\_RECORDS, MRR\_MENS\_DATE, MRR\_MAR\_STAT, MRR\_AGE, MRR\_LITERACY, MRR\_ETHNICITY, MRR\_AREA, MRR\_EDU, WOM\_REG\_ID

### Preguntas generales

Revise el expediente medico del caso seleccionado, y registre la información solicitada

**Question:** MRR\_RECORDS

**Minimum checks:** 1

7. ¿Qué tipo de atención se recibe la mujer en este establecimiento?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- ☐ Atención prenatal  
☐ Atención al nacimiento  
☐ Atención posparto

**Question:** MRR\_MENS\_DATE

**Required**

| Scale Summary |        |         |
|---------------|--------|---------|
| Code          | Label  | Show-If |
| 1             | Fecha: |         |

8. Fecha de última menstruación (FUM)

- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)

Este expediente de atención prenatal no es elegible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue . Por favor revisa expedientes con fecha de última menstruación entre 01/05/2012 - 31/08/2013

Este expediente de parto o atención posnatal no es elegible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue , afuera del intervalo razonable para partos en los últimos dos años.

Por favor revisa expedientes con fecha de parto entre 01/05/2012 - 31/05/2014.

**Jump-To:** JMP2

**Description:**

**Jump-To-Item:** END

**Jump-If:** (DATE\_ELEGIBILITY\_2012 = 0) or (DATE\_ELEGIBILITY\_2013 = 0)

**Question:** MRR\_MAR\_STAT

**Required**

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

9. Estado civil/ familiar:

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

**Question:** MRR\_AGE

**Required**

| Scale Summary |  |  |
|---------------|--|--|
|               |  |  |



| Code | Label         | Show-If |
|------|---------------|---------|
| 1    | Registrada    |         |
| 0    | No registrada |         |

10. Edad:

- ☐ Registrada
- ☐ No registrada

**Question:** MRR\_LITERACY  
**Required**

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

11. Alfabetismo (lee y escribe):

- ☐ Alfabeto
- ☐ Analfabeto
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ETHNICITY  
**Required**

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

12. Etnia:

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

**Question:** MRR\_AREA  
**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Urban         |         |
| 2             | Rural         |         |
| -1            | No registrado |         |

13. Área:

- ☐ Urban
- ☐ Rural
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_EDU  
**Required**

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

14. Educación

- ☐ Ninguna
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria

- ☐ Universidad  
☐ 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

**Collection:** MRR\_ANC

**Contains:** MRR\_ANC\_DATE, TET\_VIGENTE, MRR\_ANC\_TET, MRR\_ANC\_NUM, MRR\_ANC\_REF, MRR\_VISIT\_1, MRR\_VISIT\_2, MRR\_VISIT\_3, MRR\_VISIT\_4, MRR\_VISIT\_5, MRR\_VISIT\_6, MRR\_VISIT\_7, MRR\_VISIT\_8, MRR\_VISIT\_9, MRR\_VISIT\_10, MRR\_VISIT\_11, MRR\_VISIT\_12, MRR\_VISIT\_13, MRR\_VISIT\_14, MRR\_VISIT\_15, MRR\_ANC\_LAB\_TEST, MRR\_PRE\_OUT

**Show if:** (MRR\_RECORDS is-any-of [Atención prenatal])

**Question:** MRR\_ANC\_DATE

**Required**

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

16. Fecha de primera visita a atención prenatal

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

Ha indicado que la fecha de última menstruación fue una fecha despues de la primera visita a atención prenatal.  
Por favor, revisa sus respuestas.

Fecha de última menstruación:

Fecha de primera visita a atención prenatal:

**Jump-To:** GESTAGE\_JUMP

**Description:**

**Jump-To-Item:** MRR\_GEN\_QUESTIONS

**Jump-If:** (TM\_MRR\_GEST\_AGE < 0)

**Question:** TET\_VIGENTE

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Sí            |         |
| 0             | No            |         |
| -1            | No registrado |         |

17. Antitetanica vigente:

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_TET

**Contains:** MRR\_ANC\_TET1, MRR\_ANC\_TET2

**Required**

| Scale Summary |       |         |
|---------------|-------|---------|
| Code          | Label | Show-If |
|               |       |         |

|   |    |  |
|---|----|--|
| 1 | Sí |  |
| 0 | No |  |

18. Se administró toxoide tetánico:

| (SELECCIONE UNO POR FILA): | Sí                    | No                    |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.ra dosis                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.a dosis                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Consultas de atención prenatal

**Question:** MRR\_ANC\_NUM  
**Required**

| Scale Summary |         |         |
|---------------|---------|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Número: |         |

19. Revise la sección de atención prenatal del expediente y marque el número de visitas de atención prenatal que tuvo la mujer:

☐ Número:

**Question:** MRR\_ANC\_REF

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC < 5)

| Scale Summary |       |         |
|---------------|-------|---------|
| Code          | Label | Show-If |
| 1             | Si    |         |
| 0             | No    |         |

20. ¿Fue referida la mujer desde otra unidad médica?

-- Seleccione uno --

**Collection:** MRR\_VISIT\_1

**Contains:** MRR\_ANC\_SPE1, MRR\_ANC\_SPE1\_DOC, MRR\_ANC\_CON1\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON1

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 1)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE1

**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

21. Registre quién dio la atención prenatal durante la primera visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE1\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE1 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |  |         |
|---------------|--|---------|
| Code          | Label  | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la primera visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la primera visita |         |

22. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la primera visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la primera visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la primera visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON1\_GESTAGE**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

23. Edad gestacional durante la primera visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON1**Contains:** MRR\_ANC\_CON1\_WT, MRR\_ANC\_CON1\_BP, MRR\_ANC\_CON1\_FUND, MRR\_ANC\_CON1\_TEMP, MRR\_ANC\_CON1\_PULS, MRR\_ANC\_CON1\_RR**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

24. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la primera visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos en la atención prenatal en relación al feto.

También registre la fecha de la primera visita de atención prenatal en que fueron registrados

**Custom Layout Question:** MRR\_ANC\_CON\_BABY1

25. 1.ra visita Fecha (DD/MM/AAAA)

Frecuencia cardiaca fetal

Movimiento fetal

**Collection:** MRR\_VISIT\_2**Contains:** MRR\_ANC\_SPE2, MRR\_ANC\_SPE2\_DOC, MRR\_ANC\_CON2\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON2, MRR\_ANC\_CON2\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 2)**Question:** MRR\_ANC\_SPE2**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

26. Registre quién dio la atención prenatal durante la segunda visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE2\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE2 # 1:[Médico])

| Scale Summary |  |         |
|---------------|--|---------|
| Code          | Label  | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la segunda visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la segunda visita |         |

27. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la segunda visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la segunda visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la segunda visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON2\_GESTAGE**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

28. Edad gestacional durante la segunda visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON2**Contains:** MRR\_ANC\_CON2\_WT, MRR\_ANC\_CON2\_BP, MRR\_ANC\_CON2\_FUND, MRR\_ANC\_CON2\_TEMP, MRR\_ANC\_CON2\_PULS, MRR\_ANC\_CON2\_RR**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

29. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la segunda visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardíaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON2\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_2, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_2**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

30. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la segunda visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardíaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_3**Contains:** MRR\_ANC\_SPE3, MRR\_ANC\_SPE3\_DOC, MRR\_ANC\_CON3\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON3, MRR\_ANC\_CON3\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 3)**Question:** MRR\_ANC\_SPE3**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

31. Registre quién dio la atención prenatal durante la tercera visita

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador se salud comunitario  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE3\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE3 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |  |         |
|---------------|--|---------|
| Code          | Label  | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la tercera visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la tercera visita |         |

32. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la tercera visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la tercera visita  
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la tercera visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON3\_GESTAGE

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

33. Edad gestacional

- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON3

**Contains:** MRR\_ANC\_CON3\_WT, MRR\_ANC\_CON3\_BP, MRR\_ANC\_CON3\_FUND, MRR\_ANC\_CON3\_TEMP, MRR\_ANC\_CON3\_PULS, MRR\_ANC\_CON3\_RR

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

34. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la tercera visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON3\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_3, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_3

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

35. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la tercera visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_4

**Contains:** MRR\_ANC\_SPE4, MRR\_ANC\_SPE4\_DOC, MRR\_ANC\_CON4\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON4, MRR\_ANC\_CON4\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 4)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE4

**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

36. Registre quién dio la atención prenatal durante la cuarta visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE4\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE4 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |   |         |
|---------------|---|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la cuarta visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la cuarta visita |         |

37. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la cuarta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la cuarta visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la cuarta visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON4\_GESTAGE

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

38. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON4

**Contains:** MRR\_ANC\_CON4\_WT, MRR\_ANC\_CON4\_BP, MRR\_ANC\_CON4\_FUND, MRR\_ANC\_CON4\_TEMP, MRR\_ANC\_CON4\_PULS, MRR\_ANC\_CON4\_RR

**Required**

| Scale Summary |            |         |
|---------------|------------|---------|
| Code          | Label      | Show-If |
| 1             | Registrado |         |

|   |               |
|---|---------------|
| 0 | No registrado |
|---|---------------|

39. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la cuarta visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON4\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_4, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_4**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

40. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la cuarta visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_5**Contains:** MRR\_ANC\_SPE5, MRR\_ANC\_SPE5\_DOC, MRR\_ANC\_CON5\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON5, MRR\_ANC\_CON5\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 5)**Question:** MRR\_ANC\_SPE5**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

41. Registre quién dio la atención prenatal durante la quinta visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE5\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE5 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |   |         |
|---------------|---|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la quinta visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la quinta visita |         |



42. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la quinta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la quinta visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la quinta visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON5\_GESTAGE  
**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

43. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON5

**Contains:** MRR\_ANC\_CON5\_WT, MRR\_ANC\_CON5\_BP, MRR\_ANC\_CON5\_FUND, MRR\_ANC\_CON5\_TEMP, MRR\_ANC\_CON5\_PULS, MRR\_ANC\_CON5\_RR

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

44. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la quinta visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON5\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_5, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_5

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

45. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la quinta visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_6

**Contains:** MRR\_ANC\_SPE6, MRR\_ANC\_SPE6\_DOC, MRR\_ANC\_CON6\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON6, MRR\_ANC\_CON6\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 6)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE6

**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador de salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |

-1 No registrado

46. Registre quién dio la atención prenatal durante la sexta visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador de salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE6\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE6 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |  |         |
|---------------|--|---------|
| Code          | Label  | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la sexta visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la sexta visita |         |

47. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la sexta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la sexta visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la sexta visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON6\_GESTAGE

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

48. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON6

**Contains:** MRR\_ANC\_CON6\_WT, MRR\_ANC\_CON6\_BP, MRR\_ANC\_CON6\_FUND, MRR\_ANC\_CON6\_TEMP, MRR\_ANC\_CON6\_PULS, MRR\_ANC\_CON6\_RR

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

49. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la sexta visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardíaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON6\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_6, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_6

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

50. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la sexta visita de la atención prenatal en relación al feto.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_7**Contains:** MRR\_ANC\_SPE7, MRR\_ANC\_SPE7\_DOC, MRR\_ANC\_CON7\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON7, MRR\_ANC\_CON7\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 7)**Question:** MRR\_ANC\_SPE7**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

51. Registre quién dio la atención prenatal durante la séptima visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE7\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE7 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |  |         |
|---------------|--|---------|
| Code          | Label  | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la séptima visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la séptima visita |         |

52. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la séptima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la séptima visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la séptima visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON7\_GESTAGE**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

53. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON7**Contains:** MRR\_ANC\_CON7\_WT, MRR\_ANC\_CON7\_BP, MRR\_ANC\_CON7\_FUND, MRR\_ANC\_CON7\_TEMP, MRR\_ANC\_CON7\_PULS, MRR\_ANC\_CON7\_RR**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

54. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la séptima visita de atención prenatal

|      | Registrado            | No registrado         |
|------|-----------------------|-----------------------|
| Peso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|      |                       |                       |

|                           |                       |                       |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON7\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_7, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_7

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

55. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la séptima visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_8

**Contains:** MRR\_ANC\_SPE8, MRR\_ANC\_SPE8\_DOC, MRR\_ANC\_CON8\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON8, MRR\_ANC\_CON8\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 8)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE8

**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

56. Registre quién dio la atención prenatal durante la octava visita

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador se salud comunitario  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE8\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE8 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |   |         |
|---------------|---|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la octava visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la octava visita |         |

57. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la octava visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la octava visita  
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la octava visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON8\_GESTAGE

**Required**

| Scale Summary |          |         |
|---------------|----------|---------|
| Code          | Label    | Show-If |
| 1             | Semanas: |         |

|   |               |
|---|---------------|
| 0 | No registrado |
|---|---------------|

58. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON8**Contains:** MRR\_ANC\_CON8\_WT, MRR\_ANC\_CON8\_BP, MRR\_ANC\_CON8\_FUND, MRR\_ANC\_CON8\_TEMP, MRR\_ANC\_CON8\_PULS, MRR\_ANC\_CON8\_RR**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

59. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la octava visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON8\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_8, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_8**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

60. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la octava visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_9**Contains:** MRR\_ANC\_SPE9, MRR\_ANC\_SPE9\_DOC, MRR\_ANC\_CON9\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON9, MRR\_ANC\_CON9\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 9)**Question:** MRR\_ANC\_SPE9**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

61. Registre quién dio la atención prenatal durante la novena visita

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador de salud comunitario  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE9\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE9 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |   |         |
|---------------|---|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la novena visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la novena visita |         |

62. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la novena visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la novena visita  
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la novena visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON9\_GESTAGE

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

63. Edad gestacional

- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON9

**Contains:** MRR\_ANC\_CON9\_WT, MRR\_ANC\_CON9\_BP, MRR\_ANC\_CON9\_FUND, MRR\_ANC\_CON9\_TEMP, MRR\_ANC\_CON9\_PULS, MRR\_ANC\_CON9\_RR

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

64. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la novena visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON9\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_9, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_9

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

65. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la novena visita de la atención prenatal en relación al feto.

☐ Registrado
 ☐ No registrado

|                           |                       |                       |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_10

**Contains:** MRR\_ANC\_SPE10, MRR\_ANC\_SPE10\_DOC, MRR\_ANC\_CON10\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON10, MRR\_ANC\_CON10\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 10)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE10

**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

66. Registre quién dio la atención prenatal durante la décima visita

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador se salud comunitario  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE10\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE10 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |   |         |
|---------------|---|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la décima visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la décima visita |         |

67. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la décima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la décima visita  
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la décima visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON10\_GESTAGE

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

68. Edad gestacional

- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON10

**Contains:** MRR\_ANC\_CON10\_WT, MRR\_ANC\_CON10\_BP, MRR\_ANC\_CON10\_FUND, MRR\_ANC\_CON10\_TEMP, MRR\_ANC\_CON10\_PULS, MRR\_ANC\_CON10\_RR

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

69. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la décima visita de atención prenatal

|                  | Registrado            | No registrado         |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                           |                       |                       |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON10\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_10, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_10

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

70. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la décima visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_11

**Contains:** MRR\_ANC\_SPE11, MRR\_ANC\_SPE11\_DOC, MRR\_ANC\_CON11\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON11, MRR\_ANC\_CON11\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 11)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE11

**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

71. Registre quién dio la atención prenatal durante la undécima visita

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador se salud comunitario  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE11\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE11 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |   |         |
|---------------|---|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la undécima visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la undécima visita |         |

72. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la undécima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la undécima visita  
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la undécima visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON11\_GESTAGE

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |



73. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON11**Contains:** MRR\_ANC\_CON11\_WT, MRR\_ANC\_CON11\_BP, MRR\_ANC\_CON11\_FUND, MRR\_ANC\_CON11\_TEMP, MRR\_ANC\_CON11\_PULS, MRR\_ANC\_CON11\_RR**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

74. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la undécima visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON11\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_11, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_11**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

75. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la undécima visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_12**Contains:** MRR\_ANC\_SPE12, MRR\_ANC\_SPE12\_DOC, MRR\_ANC\_CON12\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON12, MRR\_ANC\_CON12\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 12)**Question:** MRR\_ANC\_SPE12**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

76. Registre quién dio la atención prenatal durante la duodécima visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE12\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE12 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |  |         |
|---------------|--|---------|
| Code          | Label  | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la duodécima visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la duodécima visita |         |

77. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la duodécima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la duodécima visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la duodécima visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON12\_GESTAGE**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

78. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON12**Contains:** MRR\_ANC\_CON12\_WT, MRR\_ANC\_CON12\_BP, MRR\_ANC\_CON12\_FUND, MRR\_ANC\_CON12\_TEMP, MRR\_ANC\_CON12\_PULS, MRR\_ANC\_CON12\_RR**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

79. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la duodécima visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardíaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON12\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_12, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_12**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

80. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la duodécima visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardíaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_13**Contains:** MRR\_ANC\_SPE13, MRR\_ANC\_SPE13\_DOC, MRR\_ANC\_CON13\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON13, MRR\_ANC\_CON13\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 13)**Question:** MRR\_ANC\_SPE13**Required**

| Scale Summary |  |  |
|---------------|--|--|
|               |  |  |

| Code | Label                           | Show-If |
|------|---------------------------------|---------|
| 1    | Médico                          |         |
| 2    | Enfermera                       |         |
| 3    | Partera                         |         |
| 4    | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5    | Pasante de servicio social      |         |
| 995  | Otro (especificar)              |         |
| -1   | No registrado                   |         |

81. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimotercera visita

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador se salud comunitario  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE13\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE13 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |  |         |
|---------------|--|---------|
| Code          | Label  | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la decimotercera visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la decimotercera visita |         |

82. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la decimotercera visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la decimotercera visita  
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la decimotercera visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON13\_GESTAGE

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

83. Edad gestacional

- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON13

**Contains:** MRR\_ANC\_CON13\_WT, MRR\_ANC\_CON13\_BP, MRR\_ANC\_CON13\_FUND, MRR\_ANC\_CON13\_TEMP, MRR\_ANC\_CON13\_PULS, MRR\_ANC\_CON13\_RR

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

84. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la decimotercera visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON13\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_13, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_13

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

85. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la decimotercera visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_14

**Contains:** MRR\_ANC\_SPE14, MRR\_ANC\_SPE14\_DOC, MRR\_ANC\_CON14\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON14, MRR\_ANC\_CON14\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 14)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE14

**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

86. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE14\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE14 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |   |         |
|---------------|---|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita |         |

87. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON14\_GESTAGE

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

88. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON14

**Contains:** MRR\_ANC\_CON14\_WT, MRR\_ANC\_CON14\_BP, MRR\_ANC\_CON14\_FUND, MRR\_ANC\_CON14\_TEMP, MRR\_ANC\_CON14\_PULS, MRR\_ANC\_CON14\_RR

**Required**

| Scale Summary |            |         |
|---------------|------------|---------|
| Code          | Label      | Show-If |
| 1             | Registrado |         |

|   |               |
|---|---------------|
| 0 | No registrado |
|---|---------------|

89. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la decimocuarta visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON14\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_14, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_14**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

90. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la decimocuarta visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardiaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Collection:** MRR\_VISIT\_15**Contains:** MRR\_ANC\_SPE15, MRR\_ANC\_SPE15\_DOC, MRR\_ANC\_CON15\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON15, MRR\_ANC\_CON15\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 15)**Question:** MRR\_ANC\_SPE15**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador se salud comunitario |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar)              |         |
| -1            | No registrado                   |         |

91. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE15\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE15 ≠ 1:[Médico])

| Scale Summary |   |         |
|---------------|---|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Médico dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita    |         |
| 0             | Médico no dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita |         |

92. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita

**Question:** MRR\_ANC\_CON15\_GESTAGE  
**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Semanas:      |         |
| 0             | No registrado |         |

93. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON15

**Contains:** MRR\_ANC\_CON15\_WT, MRR\_ANC\_CON15\_BP, MRR\_ANC\_CON15\_FUND, MRR\_ANC\_CON15\_TEMP, MRR\_ANC\_CON15\_PULS, MRR\_ANC\_CON15\_RR

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

94. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la decimoquinta visita de atención prenatal

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Peso                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Presión arterial          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Altura uterina            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temperatura               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulso/frecuencia cardíaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frecuencia respiratoria   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON15\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_15, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_15

**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Registrado    |         |
| 0             | No registrado |         |

95. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la decimoquinta visita de la atención prenatal en relación al feto.

|                           | Registrado            | No registrado         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Frecuencia cardíaca fetal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimiento fetal          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question Block:** MRR\_ANC\_LAB\_TEST

**Contains:** MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_BG, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_RH, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_GLU, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_VDRL, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_HB, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_URINE, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_HIV

**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

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

96. Anote si se realizaron los siguientes análisis al menos una vez durante las visitas de atención prenatal

|                 | Sí                    | No                    |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| Grupo sanguíneo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                         |                       |                       |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Factor RH               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Glucosa en sangre       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| VDRL                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Concentración de Hb     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen general de orina | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se ordenó prueba de VIH | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question:** MRR\_PRE\_OUT

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

| Scale Summary |                     |         |
|---------------|---------------------|---------|
| Code          | Label               | Show-If |
| 1             | Nacimiento          |         |
| 2             | Aborto              |         |
| 3             | Mortinato           |         |
| 995           | Otro (especificar): |         |
| -1            | No registrado       |         |

97. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

☐ Nacimiento

☐ Aborto

☐ Mortinato

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

**Jump-To:** JMP\_ABORTO

**Description:**

**Jump-To-Item:** MRR\_APP\_FP

**Jump-If:** (MRR\_PRE\_OUT = 2:[Aborto]) and (MRR\_RECORDS is-any-of [Atención posparto])

**Jump-To:** JMP\_STILBIRTH

**Description:**

**Jump-To-Item:** MRR\_APP\_FP

**Jump-If:** (MRR\_PRE\_OUT = 3:[Mortinato]) and (MRR\_RECORDS is-any-of [Atención posparto])

**Collection:** MRR\_DELIVERY

**Contains:** MRR\_DEL\_ADM\_DATE, MRR\_DEL\_ADM\_TIME, MRR\_DEL\_DATE, MRR\_DEL\_TIME, MRR\_WOM\_ARRIVE, MRR\_AC\_MIDWIFE, MRR\_AC\_WHO, MRR\_OXY, MRR\_UT\_MAS, MRR\_UMB\_CORD, MRR\_UMB\_PIN, MRR\_PAR, NOTE\_FHR, NOTE\_FHR\_DES, NOTE\_CURVA, NOTE\_SUPERO, NOTE\_CURVA\_DES, MRR\_FET\_HEART, MRR\_FET\_HEART\_DES, MRR\_REF\_FROM, MRR\_REF\_TO, MRR\_REF\_FROMREASON, MRR\_REF\_TOREASON, MRR\_DEL\_MODE, MRR\_DEL\_CSECT\_TYPE

**Show if:** (FACILITY\_TYPE >= 2) and (MRR\_RECORDS is-any-of [Atención al nacimiento])

#### Atención al nacimiento

**Question:** MRR\_DEL\_ADM\_DATE

**Required**

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

98. Fecha de ingreso

☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_ADM\_TIME

**Required**

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

99. Hora de ingreso

☐ Hora:  (HH:MM)

☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_DATE**Required**

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

100. Fecha en que ocurrió el nacimiento

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

**Question:** MRR\_DEL\_TIME**Required**

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

101. Hora en que ocurrió el nacimiento

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_ARRIVE**Required**

| Scale Summary |                    |                    |
|---------------|--------------------|--------------------|
| Code          | Label              | Show-If            |
| 1             | Si                 | <i>Never Shown</i> |
| 2             | Parto inminente    |                    |
| 3             | Cesárea Programada |                    |
| 0             | No                 |                    |
| -1            | No registrado      |                    |

102. ¿Mujer llegó en expulsivo o es cesárea electiva?

- ☐ Si
- ☐ Parto inminente
- ☐ Cesárea Programada
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_AC\_MIDWIFE**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Sí            |         |
| 0             | No            |         |
| -1            | No registrado |         |

103. Mujer acompañada por una partera para atender el nacimiento en la unidad médica

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_AC\_WHO**Minimum checks:** 1

104. Atendió parto:

- ☐ Médico
- ☐ Lic. Enfermera
- ☐ Enfermera auxiliar
- ☐ Estudiante
- ☐ Partera empírica
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Registre si se administró a la mujer:

**Custom Layout Question:** MRR\_OXY\_1



105. Administrado Fecha/hora registrado

Oxitocina

Otros uterotónicos

**Custom Layout Question:** MRR\_OXY\_2

106. Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Oxitocina

**Custom Layout Question:** MRR\_OXY\_3

107. Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Otros uterotónicos

**Question:** MRR\_OXY**Required****Show if:** (MRR\_OXY\_ADMIN\_OXY = 1)**Scale Summary**

| Code | Label         | Show-If |
|------|---------------|---------|
| 1    | Intramuscular |         |
| 2    | Intravenosa   |         |
| -1   | No registrado |         |

108. Forma de administración de la oxitocina:

- ☐ Intramuscular
- ☐ Intravenosa
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_UT\_MAS**Required****Scale Summary**

| Code | Label | Show-If |
|------|-------|---------|
| 1    | Si    |         |
| 0    | No    |         |

109. Registro de masaje uterino

- ☐ Si
- ☐ No

**Question:** MRR\_UMB\_CORD**Required****Scale Summary**

| Code | Label | Show-If |
|------|-------|---------|
| 1    | Si    |         |
| 0    | No    |         |

110. Registro de tracción/contracción del cordón umbilical

- ☐ Si
- ☐ No

**Question:** MRR\_UMB\_PIN**Required****Scale Summary**

| Code | Label | Show-If |
|------|-------|---------|
| 1    | Si    |         |
| 0    | No    |         |

111. Registro de pinzamiento tardío del cordón umbilical

- ☐ Si
- ☐ No

**Question:** MRR\_PAR**Required**

| Scale Summary |                                     |         |
|---------------|-------------------------------------|---------|
| Code          | Label                               | Show-If |
| 1             | Incluido en el expediente y llenado |         |
| 2             | Incluido pero no llenado            |         |
| -1            | No incluido                         |         |

## 112. Partograma

- ☐ Incluido en el expediente y llenado  
☐ Incluido pero no llenado  
☐ No incluido

Revise el partograma y anote si se registró la siguiente información

**Custom Layout Question:** MRR\_PAR\_REV

## 113.

Registrado

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Nombre de la paciente                                 | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Curva complete hasta el momento del nacimiento        | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Representación gráfica de la frecuencia cardiac fetal | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Gráfica de la frecuencia de contracciones uterinas    | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Interpretación de cambios en contracciones uterinas   | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Tensión arterial sistólica                            | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Tensión arterial diastólica                           | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Pulso/frecuencia cardiaca                             | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Posición del bebé                                     | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Intensidad de las contracciones                       | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Localización del dolor                                | <input type="checkbox"/> ▼ |
| Intensidad del dolor                                  | <input type="checkbox"/> ▼ |

**Custom Layout Question:** MRR\_PAR\_CALC

## 114.

Registrado

|   |                            |
|---|----------------------------|
| ¿Registro de frecuencia cardíaca fetal y curva de alerta? | <input type="checkbox"/> ▼ |
| ¿Dilatación > 4.5 cm?                                     | <input type="checkbox"/> ▼ |
| ¿Frecuencia cardíaca fetal < 120 lm?                      | <input type="checkbox"/> ▼ |
| ¿Se superó la curva de alerta?                            | <input type="checkbox"/> ▼ |

**Question:** NOTE\_FHR

**Required**

**Show if:** (MRR\_PAR\_REV\_OBS\_FHR = 1)

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

## 115. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si FCF &lt; 120?

- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** NOTE\_FHR\_DES

**Minimum checks:** 1

**Show if:** (NOTE\_FHR = 1:[Sí])

## 116. ¿Cuales de las siguientes se incluyen en la nota cuando la FCF &lt; 120 lm?

- ☐ Cesárea  
☐ Traslado / Referencia  
☐ Monitoreo electrónico fetal  
☐ Monitoreo clínico cada 15 minutos  
☐ Oxígeno  
☐ Decúbito lateral izquierdo  
☐ Expansión volumétrica: administración de soluciones cristaloides (aplicación de suero)  
☐ Uso de beta-bloqueadores  
☐ Ruptura artificial de membranas  
☐ Otro: especificar

**Question:** NOTE\_CURVA**Required****Show if:** (MRR\_PAR\_REV\_OBS\_CURVA = 1)**Scale Summary**

| Code | Label | Show-If |
|------|-------|---------|
| 1    | Sí    |         |
| 0    | No    |         |

117. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si dilatación &gt; 4.5 cm?

- ☐ Sí
- ☐ No

**Question:** NOTE\_SUPERO**Required****Show if:** (MRR\_PAR\_REV\_OBS\_SUPERO = 1)**Scale Summary**

| Code | Label | Show-If |
|------|-------|---------|
| 1    | Sí    |         |
| 0    | No    |         |

118. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si se superó la curva de alerta?

- ☐ Sí
- ☐ No

**Question:** NOTE\_CURVA\_DES**Minimum checks:** 1**Show if:** (NOTE\_SUPERO = 1:[Sí])

119. ¿Cuales de las siguientes se incluyen en la nota cuando se superó la curva de alerta?

- ☐ Nota especificando no hacer nada (evolución espontánea).
- ☐ Traslado / Referencia
- ☐ Reportar a otro médico
- ☐ Oxitocina
- ☐ Ruptura artificial de membranas
- ☐ Cesárea
- ☐ Monitoreo frecuente del trabajo de parto
- ☐ Nota especificando nuevo curso de acción
- ☐ Otro: especificar

**Question:** MRR\_FET\_HEART**Required****Show if:** (MRR\_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado])**Scale Summary**

| Code | Label | Show-If |
|------|-------|---------|
| 1    | Si    |         |
| 0    | No    |         |

120. ¿Se observe un descenso en la frecuencia cardiaca fetal?

 **Question:** MRR\_FET\_HEART\_DES**Required****Show if:** (MRR\_FET\_HEART = 1:[Si])**Scale Summary**

| Code | Label                             | Show-If |
|------|-----------------------------------|---------|
| 1    | Se refirió a otra unidad de salud |         |
| 2    | Operación cesárea                 |         |
| 3    | Dio a luz en esta unidad de salud |         |
| 995  | Otro (especificar)                |         |

121. Registre qué se hizo si hubo descenso de la frecuencia cardiaca fetal

- ☐ Se refirió a otra unidad de salud
- ☐ Operación cesárea
- ☐ Dio a luz en esta unidad de salud
- ☐ Otro (especificar)

**Question:** MRR\_REF\_FROM**Required****Scale Summary**

| Code | Label | Show-If |
|------|-------|---------|
|------|-------|---------|

| Code | Label | Show-If |
|------|-------|---------|
| 1    | Si    |         |
| 0    | No    |         |

122. Indique si la mujer fue referida **DESDE** otra unidad medica

-- Seleccione uno --

**Question:** MRR\_REF\_TO

**Required**

**Scale Summary**

| Code | Label | Show-If |
|------|-------|---------|
| 1    | Si    |         |
| 0    | No    |         |

123. Indique si la mujer fue referida **A** otra unidad medica

-- Seleccione uno --

**Question:** MRR\_REF\_FROMREASON

**Required**

**Show if:** (MRR\_REF\_FROM = 1:[Si])

**Scale Summary**

| Code | Label                                | Show-If |
|------|--------------------------------------|---------|
| 1    | Baja frecuencia cardiaca fetal       |         |
| 2    | Sangrado                             |         |
| 3    | Feto muy grande                      |         |
| 4    | Cabeza del feto por arriba del pubis |         |
| 5    | Hipodinamia uterina                  |         |
| 6    | Hipertonía uterina                   |         |
| 7    | Trabajo de parto prolongado          |         |
| 995  | Otra (especificar)                   |         |
| 0    | No registrado                        |         |

124. Razón por la que fue referida DESDE otra unidad medica

- ☐ Baja frecuencia cardiaca fetal  
☐ Sangrado  
☐ Feto muy grande  
☐ Cabeza del feto por arriba del pubis  
☐ Hipodinamia uterina  
☐ Hipertonía uterina  
☐ Trabajo de parto prolongado  
☐ Otra (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_REF\_TOREASON

**Required**

**Show if:** (MRR\_REF\_TO = 1:[Si])

**Scale Summary**

| Code | Label                                | Show-If |
|------|--------------------------------------|---------|
| 1    | Baja frecuencia cardiaca fetal       |         |
| 2    | Sangrado                             |         |
| 3    | Feto muy grande                      |         |
| 4    | Cabeza del feto por arriba del pubis |         |
| 5    | Hipodinamia uterina                  |         |
| 6    | Hipertonía uterina                   |         |
| 7    | Trabajo de parto prolongado          |         |
| 995  | Otra (especificar)                   |         |
| 0    | No registrado                        |         |

125. Razón por la que fue referida A otra unidad medica

- ☐ Baja frecuencia cardiaca fetal  
☐ Sangrado  
☐ Feto muy grande  
☐ Cabeza del feto por arriba del pubis  
☐ Hipodinamia uterina  
☐ Hipertonía uterina  
☐ Trabajo de parto prolongado  
☐ Otra (especificar)

☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_MODE  
**Required**

| Scale Summary |   |         |
|---------------|---|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Parto vaginal                                   |         |
| 2             | Parto con ventosa                               |         |
| 3             | Parto con forceps                               |         |
| 4             | Parto vaginal con feto en presentación podálica |         |
| 5             | Cesárea   |         |
| 6             | Espátula  |         |
| 7             | Otro (especificar):                             |         |
| -1            | No registrado                                   |         |

126. Tipo de nacimiento

- ☐ Parto vaginal
- ☐ Parto con ventosa
- ☐ Parto con forceps
- ☐ Parto vaginal con feto en presentación podálica
- ☐ Cesárea
- ☐ Espátula
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_CSECT\_TYPE

**Required**

**Show if:** (MRR\_DEL\_MODE = 5:[Cesárea])

| Scale Summary |                       |         |
|---------------|-----------------------|---------|
| Code          | Label                 | Show-If |
| 1             | Cesárea de emergencia |         |
| 2             | Cesárea electiva      |         |
| -1            | No registrado         |         |

127. Especifique el tipo de cesárea

- ☐ Cesárea de emergencia
- ☐ Cesárea electiva
- ☐ No registrado

**Collection:** MRR\_POSTPARTUM

**Contains:** MMR\_POS\_SPEC, MRR\_POS\_OUT, MRR\_POS\_TYPE, MMR\_POS\_BABY\_GEN, MMR\_POS\_BABY\_GEN\_TWINS, BEBE, MRR\_APP\_FP, MRR\_NAME\_FP, MRR\_DISPOSITION, MRR\_REF\_REAS, MRR\_REF\_PL, MRR\_DIS\_DATE, MRR\_DIS\_TIME, MRR\_DEATH\_DATE, MRR\_DEATH\_TIME

**Show if:** (MRR\_RECORDS is-any-of [Atención posparto]) and (FACILITY\_TYPE >= 2)

#### Período posparto

Revise la información de atención post-parto y registre si se realizaron las siguientes mediciones después del nacimiento

**Custom Layout Question:** MRR\_POS3\_CHECK

| 128.                        | Número de veces durante las primeras 2 horas | Número de veces durante la primera hora | Número de veces durante la segunda hora |
|-----------------------------|--|---|---|
| Presión arterial diastólica | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                    |
| Presión arterial sistólica  | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                    |
| Temperatura                 | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                    |
| Pulso/frecuencia cardiaca   | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                    |
| Frecuencia respiratoria     | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                    |
| Otro (especifique)          | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                    |

Revise la sección de egreso en el expediente médico y anote los valores de las siguientes mediciones

**Custom Layout Question:** MRR\_DIS\_CHECK1

| 129.                      | Registrado               | Valores              | Fecha (DD/MM/AAAA)   | Hora (HH:MM)         |
|---------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Presión arterial          | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Temperatura               | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pulso/frecuencia cardiaca | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|                                    |                                  |                      |                      |                      |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Frecuencia respiratoria            | <input type="button" value="v"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Promocion de la lactancia maternal | <input type="button" value="v"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Promocion del Apego Precoz         | <input type="button" value="v"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Involucion uterine                 | <input type="button" value="v"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presencia de sangrado o hemorragia | <input type="button" value="v"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Caracteristicas de los loquios     | <input type="button" value="v"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especifique)                 | <input type="button" value="v"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Question:** MMR\_POS\_SPEC**Required**

| Scale Summary |                                 |         |
|---------------|---------------------------------|---------|
| Code          | Label                           | Show-If |
| 1             | Médico                          |         |
| 2             | Enfermera                       |         |
| 3             | Partera                         |         |
| 4             | Trabajador de salud comunitaria |         |
| 5             | Pasante de servicio social      |         |
| 995           | Otro (especificar):             |         |
| -1            | No registrado                   |         |

130. Persona que dio la atención post-parto para la madre

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador de salud comunitaria  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_OUT**Required**

| Scale Summary |                     |         |
|---------------|---------------------|---------|
| Code          | Label               | Show-If |
| 1             | Nacimiento          |         |
| 3             | Mortinato           |         |
| 995           | Otro (especificar): |         |
| -1            | No registrado       |         |

131. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

- ☐ Nacimiento  
☐ Mortinato  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_TYPE**Required****Show if:** (MRR\_POS\_OUT = 1:[Nacimiento])

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Un solo bebé  |         |
| 2             | Múltiple      |         |
| 0             | No registrado |         |

132. Tipo de nacimiento:

- ☐ Un solo bebé  
☐ Múltiple  
☐ No registrado

**Question:** MMR\_POS\_BABY\_GEN**Required****Show if:** (MRR\_POS\_TYPE = 1:[Un solo bebé]) and (MRR\_POS\_OUT = 1:[Nacimiento])

| Scale Summary |       |         |
|---------------|-------|---------|
| Code          | Label | Show-If |

| Code | Label         | Show-If |
|------|---------------|---------|
| 1    | Masculino     |         |
| 2    | Femenino      |         |
| 0    | No registrado |         |

133. Sexo del bebé:

- ☐ Masculino  
☐ Femenino  
☐ No registrado

**Question:** MMR\_POS\_BABY\_GEN\_TWINS**Required****Show if:** (MRR\_POS\_OUT = 1:[Nacimiento]) and (MRR\_POS\_TYPE = 2:[Múltiple])

| Scale Summary |                      |         |
|---------------|----------------------|---------|
| Code          | Label                | Show-If |
| 1             | Masculino            |         |
| 2             | Femenino             |         |
| 3             | Masculino y femenino |         |
| 0             | No registrado        |         |

134. Sexo de los bebés:

- ☐ Masculino  
☐ Femenino  
☐ Masculino y femenino  
☐ No registrado

**Collection:** BEBE**Contains:** MMR\_NEW\_ATT**Show if:** (MRR\_POS\_OUT ≠ 3:[Mortinato])**Question:** MMR\_NEW\_ATT**Required**

| Scale Summary |                            |         |
|---------------|----------------------------|---------|
| Code          | Label                      | Show-If |
| 1             | Médico                     |         |
| 2             | Enfermera                  |         |
| 3             | Partera                    |         |
| 4             | Pasante de servicio social |         |
| 0             | Nadie                      |         |
| 995           | Otro (especificar):        |         |
| -1            | No registrado              |         |

135. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Nadie  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

Registre si los siguientes procedimientos se realizaron al bebé y registre la fecha y hora para cada procedimiento

**Custom Layout Question:** MRR\_NEW\_CHECK1

| 136.   | Registrado               | Fecha (DD/MM/AAAA)   | Hora (HH:MM)         |
|--|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Administración de vitamina K.  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Administración de oxitetraciclina oftálmica como profilaxis o clorafenicol               | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Curación del cordón umbilical con agua y clorhexidina                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Evaluación para presencia de malformaciones  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Evaluación del color de la piel  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Administración de vacuna BCG   | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Determinación de la Edad Gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|   |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Evaluación de los signos de peligro                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Promoción de la lactancia materna y el Apego Precoz | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Anote si se realizaron las siguientes mediciones, sus valores y fecha y hora de la primera medición

**Custom Layout Question:** MRR\_NEW\_CHECK2

| 137.                        | Registrado<br>(Sí/No) | Valor                | Fecha (DD/MM/AAAA)   | Hora (HH:MM)         |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Medición de APGAR 1 minuto  | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Medición de APGAR 5 minutos | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pulso                       | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Frecuencia respiratoria     | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Peso                        | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Talla                       | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Circunferencia cefálica     | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Temperatura                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Question:** MRR\_APP\_FP  
**Required**

| Scale Summary |               |         |
|---------------|---------------|---------|
| Code          | Label         | Show-If |
| 1             | Sí            |         |
| 2             | No            |         |
| 3             | Referida      |         |
| -1            | No registrado |         |

138. Recibió la mujer anticoncepción

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ Referida  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_NAME\_FP

**Minimum checks:** 1

**Show if:** (MRR\_APP\_FP = 1:[S])

139. Método anticonceptivo recibido

- ☐ Condón  
☐ Inyectable  
☐ DIU  
☐ Ligadura de trompas  
☐ MELA (método exclusivo de lactancia y amenorrea)  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

**Question:** 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 (abandono o fuga) |         |
| 5             | Desconocido  |         |
| 995           | Otra (especificar):                                      |         |
| -1            | No registrado  |         |

140. 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:** MRR\_REF\_REAS

**Required**

**Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

| Scale Summary |   |         |
|---------------|---|---------|
| Code          | Label   | Show-If |
| 1             | Complicaciones durante el nacimiento          |         |
| 2             | Complicaciones maternas durante el nacimiento |         |
| 3             | Complicaciones neonatales                     |         |
| 995           | Otro  |         |
| -1            | No registrado                                 |         |

141. Razón por la que fue referida:

- ☐ Complicaciones durante el nacimiento
- ☐ Complicaciones maternas durante el nacimiento
- ☐ Complicaciones neonatales
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_REF\_PL

**Required**

**Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

142. Lugar a donde fue referida:

**Question:** MRR\_DIS\_DATE

**Required**

**Show if:** (MRR\_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 |         |

143. Fecha de egreso/referencia

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

**Question:** MRR\_DIS\_TIME

**Required**

**Show if:** (MRR\_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 |         |

144. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEATH\_DATE

**Required**

**Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

145. Fecha de defunción

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

**Question:** MRR\_DEATH\_TIME**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

146. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** COMMENT\_NO\_COMPL

147. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Usted ha llegado al final de este parte 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