

 0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required

▶ ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR Obstetric

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_TYPE_UNIT, MRR_NAME_REG, MRR_FACILITY_ID, MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2

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

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Puesto de Salud	
2	Centro de salud (sin camas)	
3	Centro de salud (con camas)	
4	Hospital primario	
5	Hospital departamental	
6	Hospital regional	

1. Tipo de unidad médica

- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Centro de salud (sin camas)
- ☐ Centro de salud (con camas)
- ☐ Hospital primario
- ☐ Hospital departamental
- ☐ Hospital regional

Question: MRR_NAME_REG
Required

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

2. Nombre del región

- ☐ Jinotega
- ☐ Matagalpa
- ☐ RAAN

- ☐ Madriz
☐ RAAS
☐ Chontales

Question: MRR_FACILITY_ID

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Héroes y Mártires del Cua (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
179	Vesubio Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
2	Santa Rosa (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
180	Aguas Claras Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
3	El Golfo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
181	El Lajon Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
4	El Bote (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
182	Kukayala Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
5	La Lana (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
183	Victinia 1 Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
6	Bocaycito (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
184	Ernesto Hodgson Write Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
7	Pedernales (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
185	Nuevo Amanecer (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
8	Abisinia (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
186	Sisin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
9	Pita del Carmen (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
187	Betania Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
10	El Cedro (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
188	Lapan Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
11	Ambrosio Mogorrón (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
189	Dakban Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
12	Wisuh (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
190	Kligna Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
13	Amak (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
191	Kahka Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
14	Ayapal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
192	Wawa Bar Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
15	El Tigre (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
193	Auhya Pihni Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
16	Bocas de Atapal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
194	Sukatpin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
17	Bocas de Wina (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
195	Lidaukra Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
18	San Juan (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
196	Rahawawatla Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
19	Guillermo Matute Cua (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
197	Krukira Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
20	La Colonia (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
198	Santa Marta Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
21	Asturias (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
199	Ninayari Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
22	Cacao (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
200	Awastara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
23	Mancotal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
201	Yulo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
24	Sisle (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
202	Lamlaya Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
25	San Judas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
203	Karata Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
26	Llano de la Tejera (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
204	Pahra Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])

27	Ernesto Acuña (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
205	Tuapi Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
28	Pueblo Nuevo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
206	Boom Sirpi Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
29	Urbano(Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
207	Kwakwill Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
30	Los Alpes (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
208	Sagnilaya Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
31	La Reforma (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
209	Maniwatla Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
32	Datanli (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
210	Tuara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
33	Santa Lastenia (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
211	Dakra Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
34	La Fundadora (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
212	Sahsa Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
35	Victoria Motta (Amin Halum) (hospital)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
213	Sumubila Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
36	Vida Joven (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
214	Kamla Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
37	Las Lomas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
215	Kwamwatla Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
38	Flor de María Chavarria (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
216	Walpasixa Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
39	El Coyolito (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
217	Wauhta Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
40	Las Quebradas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
218	Rosario Pravia Medina (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
41	La Mora (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
219	Oconwas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
42	Nelson Rodríguez (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
220	Risco de Oro Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
43	Bijawal(Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
221	Banacruz Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
44	La Rica (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
222	El Empalme Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
45	La Pavona (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
223	Wasakin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
46	Las Vegas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
224	Susun Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
47	Santa Elena (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
225	Las Breñas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
48	Odorico de Andrea (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
226	Santa Maria Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
49	Sacacli (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
227	Fruta de Pan Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
50	San Marcos (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
228	Carlos Centeno (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
51	El Plantel (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
229	Santa Rita Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
52	Adelina Ortega Castro (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
230	Guineo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
53	Planes de Vilan (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
231	Cooperna Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
54	Loma Alta Arriba (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
232	Tadazna Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
55	El Corozal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])

233	Wany Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
56	Tamalaque (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
234	El Hormiguero Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
57	Zompopera (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
235	Peñas Blancas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
58	Jiquelete (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
236	Floripon Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
59	Jorge Navarro (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
237	Mongallo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
60	El Carmen (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
238	Union Labu Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
61	Walakitan (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
239	Sikita Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
62	San Andrés de Bocay (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
240	Las Quebradas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
63	Wablan (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
241	El Guayabo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
64	Maleconcito (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
242	Campo Uno Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
65	Plan de Grama (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
243	Zapota Kum (Nuevo) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
66	Yakalpanani (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
244	Rosa Grande (antes Santa Rosa) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
67	Boca de Wamblán (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
245	Oswaldo Padilla hospital	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
68	El Subterráneo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
246	Saklin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
69	Somotignes (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 1:[Jinotega])
247	Asang Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
70	Rubén Darío I (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
248	Tronquera Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
71	Puertas Viejas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
249	San Jerónimo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
72	Dulce Nombre de Jesús (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
250	Bilwaskarma Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
73	Totumbra (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
251	Sixayari Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
74	Las Cañas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
252	Francia Sirpi Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
75	Llanos de Tamalapa (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
253	Wiwinack Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
76	Las Calabazas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
254	La Esperanza Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
77	El Cacao (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
255	San Carlos Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
78	Casas Viejas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
256	Sang Sang Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
79	El Prado (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
257	Bismona Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
80	Trujillo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
258	Livingkrick Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
81	San Juanillo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
259	Andres tara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
82	Las Mesas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
260	Kisalaya Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
83	Valle San Juan (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])

261	Saupuka Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
84	Maunica (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
262	Koom Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
85	El Terrero (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
263	Tuskirusipi Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
86	Rubén Darío II (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
264	Awastigni Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
87	Margarita Solano Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
265	Santa Clara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
88	El Rodeo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
266	Miguel Bikan Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
89	El Portón (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
267	Wasla Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
90	Cumaika (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
268	Tuskrutara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
91	Piedras Largas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
269	Kiwastara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
92	Policlínico Trinidad Guevara Nárvaes (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
270	Sawa Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
93	Lacayo Farfán (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
271	Raity Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
94	El Progreso1 (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
272	San Pedro Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
95	El Progreso2 (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
273	Pilhpilia Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
96	Primero de Mayo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
274	San Alberto Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
97	Jucuapa Abajo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
275	Laguntara Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
98	Quebrada Honda (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
276	Santa Fe Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
99	Solingalpa (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
277	Kitaski Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
100	El Matasano (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
278	Uhri Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
101	Palcila (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
279	Klar Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
102	La Corneta (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
280	Andres Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
103	Guanuca (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
281	Klisnack Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
104	Las Escaleras (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
282	Krin – Krin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
105	Molino Norte (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
283	Wisconsin Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
106	Wuppertal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
284	Cabo Viejo (antes Cabo Gracias) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
107	Las Baquitas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
285	Tasba Pain (Nuevo) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
108	Jucuapa Centro(Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
286	Kuiwitngni (Nuevo) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
109	Cesar Amador Molina (hospital)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])

287	Leymus Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
110	San José (hospital)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
288	Kururia Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
111	Pancasán Matiguás (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
289	Prinzapolka (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
112	La Patriota (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
290	El corozo (Nuevo) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
113	Salto de la Olla (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
291	Silibila (Nuevo) Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
114	El Jobo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
292	Prinzapolka Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
115	El Corozo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
293	Layasixa Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
116	Likia (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
294	Walpasiksa Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
117	San Benito de Palermo (Muy Muy) (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
295	Halover Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
118	Emiliano Pérez (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
296	Wontabar Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
119	Jesús Bermúdez (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
297	Kukalaya Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
120	Juan C. Flores (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
298	Alamikangba Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
121	Rancho Grande Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
299	Comandante Carlos Fonseca (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
122	Las Brisas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
300	Puesto de Salud Unikuas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
123	Kuskawas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
301	Puesto de Salud Lisawe Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
124	Colonia Agrícola (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
302	Puesto de Salud Santa Rita Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
125	Denis Gutiérrez Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
303	Puesto de Salud Peñas Blancas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
126	Manceras (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
304	Silvia Ferrufino (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
127	Wanawas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
305	Haydee Meneses (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
128	San Andrés de Bobosque (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
306	Ducuali (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
129	San José de Paiwas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
307	Cusmaji (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
130	San Dionisio Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
308	La Plazuela(Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
131	Los Limones (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
309	Héroes y Mártires de Cusmap (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
132	Susulí (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
310	El Carrizo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
133	El Carrizal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])

311	El Mamey (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
134	Junquillo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
312	San Juan de Río Coco (hospital)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
135	Ocote Arriba (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
313	Luis Felipe Moncada (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
136	Manuel Orozco Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
314	Samarcanda (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
137	Santa Bárbara (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
315	San Lucas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
138	Las Mangas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
316	Ojoche (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
139	Soledad de la Cruz (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
317	Quibuto (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
140	La Sidra (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
318	Cerro Blanco Abajo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
141	San Andrés (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
319	El Carmen (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
142	Santa Rosa (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
320	Las Cañas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
143	Lucrecia Lindo Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
321	Patio Grande (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
144	El Horno Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
322	Héroes y Mártires (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
145	Guadalupe Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
323	El Apante (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
146	Piedra Colorada Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
324	Las Lajitas (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
147	Samulalí Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
325	Jairo Bismark Moncada (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
148	Yasica Sur Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
326	Hermanos Martínez (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
149	Pueblo Viejo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
327	El Cairo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
150	Apatite Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
328	San Juan de Somoto (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
151	El Chile Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
329	La Playa (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
152	Sébaco I Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
330	Yarage (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
153	Chaguitillo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
331	Santa Isabel (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
154	La China Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
332	Juan Antonio Brenes (hospital)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
155	Molino Sur Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
333	Julio Martínez Obando (hospital)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
156	Agua Sarca Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
334	El Pericón (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
157	Las Pozas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
335	Santo Domingo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
158	Sabana Verde Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
336	El Carbonal (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
159	Sebaco Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
337	San Francisco (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
160	El Naranjo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
338	Villa Austria(Inactivo) (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
161	Francisco Buitrago Centro de Salud	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
339	San Jerónimo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
162	Montaña Grande Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])

340	Ernesto Che Guevara (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
163	Cuajiniquil Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
341	Cuje (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
164	Bernadina Díaz Ochoa (hospital)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
342	Cayantu (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
165	Santa Luz Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
343	Sabana Grande (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
166	La Tronca Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
344	Santo Domingo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
167	El Tuma Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
345	William Pacheco (Centro de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
168	Guapotal Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
346	Chaguite (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 4:[Madriz])
169	La Mora Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
347	El Ayote (Centro de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
170	Fidel Ventura (hospital)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
348	El Jobo (Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
171	Zinica Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
349	El Móvil (puesto de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
172	Puerto Viejo Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
350	Nueva Luz (Centro de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
173	Kaskita Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
351	Poza Redonda (puesto de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
174	Kubalí Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 2:[Matagalpa])
352	Providencia (puesto de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
175	Esteban Jaens Serrano (hospital)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
353	San Isidr puesto de salud)	(MRR_NAME_REG = 6:[Chontales])
176	Musawas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
999	Otro (especificar)	
177	Españolina Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])
-1	No sabe	
178	Mukuswas Puesto de Salud)	(MRR_NAME_REG = 3:[RAAN])

3. Identificación del centro:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Héroes y Mártires del Cua (Centro de Salud) | <input type="radio"/> Vesubio Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Santa Rosa (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Aguas Claras Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Golfo (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> El Lajon Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Bote (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Kukayala Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> La Lana (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Victimia 1 Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Bocaycito (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Ernesto Hodgson Write Centro de Salud) |
| <input type="radio"/> Pedernales (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Nuevo Amanecer (hospital) |
| <input type="radio"/> Abisinia (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Sisin Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Pita del Carmen (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Betania Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Cedro (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Lapan Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Ambrosio Mogorrón (Centro de Salud) | <input type="radio"/> Dakban Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Wisuh (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Kligna Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Amak (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Kahka Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Ayapal (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Wawa Bar Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Tigre (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Auhya Pihni Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Bocas de Atapal (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Sukatpin Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Bocas de Wina (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Lidaukra Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> San Juan (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Rahawawatla Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Guillermo Matute Cua (Centro de Salud) | <input type="radio"/> Krukira Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> La Colonia (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Santa Marta Puesto de Salud) |

- ☐ Asturias (Puesto de Salud)
- ☐ Cacao (Puesto de Salud)
- ☐ Mancotal (Puesto de Salud)
- ☐ Sisle (Puesto de Salud)
- ☐ San Judas (Puesto de Salud)
- ☐ Llano de la Tejera (Puesto de Salud)
- ☐ Ernesto Acuña (Puesto de Salud)
- ☐ Pueblo Nuevo (Puesto de Salud)
- ☐ Urbano (Puesto de Salud)
- ☐ Los Alpes (Puesto de Salud)
- ☐ La Reforma (Puesto de Salud)
- ☐ Datanli (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Lastenia (Puesto de Salud)
- ☐ La Fundadora (Puesto de Salud)
- ☐ Victoria Motta (Amín Halum) (hospital)
- ☐ Vida Joven (Puesto de Salud)
- ☐ Las Lomas (Puesto de Salud)
- ☐ Flor de María Chavarria (Centro de Salud)
- ☐ El Coyolito (Puesto de Salud)
- ☐ Las Quebradas (Puesto de Salud)
- ☐ La Mora (Puesto de Salud)
- ☐ Nelson Rodríguez (Centro de Salud)
- ☐ Bijawal (Puesto de Salud)
- ☐ La Rica (Puesto de Salud)
- ☐ La Pavona (Puesto de Salud)
- ☐ Las Vegas (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Elena (Puesto de Salud)
- ☐ Odorico de Andrea (Centro de Salud)
- ☐ Sacacli (Puesto de Salud)
- ☐ San Marcos (Puesto de Salud)
- ☐ El Plantel (Puesto de Salud)
- ☐ Adelina Ortega Castro (Centro de Salud)
- ☐ Planes de Vilan (Puesto de Salud)
- ☐ Loma Alta Arriba (Puesto de Salud)
- ☐ El Corozal (Puesto de Salud)
- ☐ Tamalaque (Puesto de Salud)
- ☐ Zompopera (Puesto de Salud)
- ☐ Jiquelete (Puesto de Salud)
- ☐ Jorge Navarro (Centro de Salud)
- ☐ El Carmen (Puesto de Salud)
- ☐ Walakitan (Puesto de Salud)
- ☐ San Andrés de Bocay (Puesto de Salud)
- ☐ Wablan (Puesto de Salud)
- ☐ Maleconcito (Puesto de Salud)
- ☐ Plan de Grama (Puesto de Salud)
- ☐ Yakalpanani (Puesto de Salud)
- ☐ Boca de Wamblán (Puesto de Salud)
- ☐ El Subterráneo (Puesto de Salud)
- ☐ Somotignes (Puesto de Salud)
- ☐ Ninayari Puesto de Salud)
- ☐ Awastara Puesto de Salud)
- ☐ Yulo Puesto de Salud)
- ☐ Lamlaya Puesto de Salud)
- ☐ Karata Puesto de Salud)
- ☐ Pahra Puesto de Salud)
- ☐ Tuapi Puesto de Salud)
- ☐ Boom Sirpi Puesto de Salud)
- ☐ Kwakwill Puesto de Salud)
- ☐ Sagnilaya Puesto de Salud)
- ☐ Maniwatla Puesto de Salud)
- ☐ Tuara Puesto de Salud)
- ☐ Dakra Puesto de Salud)
- ☐ Sahsa Puesto de Salud)
- ☐ Sumubila Puesto de Salud)
- ☐ Kamla Puesto de Salud)
- ☐ Kwamwatla Puesto de Salud)
- ☐ Walpasixa Puesto de Salud)
- ☐ Wauhta Puesto de Salud)
- ☐ Rosario Pravia Medina (hospital)
- ☐ Oconwas Puesto de Salud)
- ☐ Risco de Oro Puesto de Salud)
- ☐ Banacruz Puesto de Salud)
- ☐ El Empalme Puesto de Salud)
- ☐ Wasakin Puesto de Salud)
- ☐ Susun Puesto de Salud)
- ☐ Las Breñas Puesto de Salud)
- ☐ Santa Maria Puesto de Salud)
- ☐ Fruta de Pan Puesto de Salud)
- ☐ Carlos Centeno (hospital)
- ☐ Santa Rita Puesto de Salud)
- ☐ Guineo Puesto de Salud)
- ☐ Cooperna Puesto de Salud)
- ☐ Tadazna Puesto de Salud)
- ☐ Wany Puesto de Salud)
- ☐ El Hormiguero Puesto de Salud)
- ☐ Peñas Blancas Puesto de Salud)
- ☐ Floripon Puesto de Salud)
- ☐ Mongallo Puesto de Salud)
- ☐ Union Labu Puesto de Salud)
- ☐ Sikita Puesto de Salud)
- ☐ Las Quebradas Puesto de Salud)
- ☐ El Guayabo Puesto de Salud)
- ☐ Campo Uno Puesto de Salud)
- ☐ Zapota Kum (Nuevo) Puesto de Salud)
- ☐ Rosa Grande (antes Santa Rosa) Puesto de Salud)
- ☐ Oswaldo Padilla hospital
- ☐ Saklin Puesto de Salud)
- ☐ Asang Puesto de Salud)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Rubén Darío I (Centro de Salud) | <input type="radio"/> Tronquera Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Puertas Viejas (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> San Jerónimo Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Dulce Nombre de Jesús (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Bilwaskarma Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Totumbra (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Sixayari Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Las Cañas (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Francia Sirpi Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Llanos de Tamalapa (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Wiwinack Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Las Calabazas (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> La Esperanza Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Cacao (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> San Carlos Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Casas Viejas (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Sang Sang Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Prado (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Bismona Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Trujillo (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Livingkrick Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> San Juanillo (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Andres tara Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Las Mesas (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Kisalaya Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Valle San Juan (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Saupuka Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Maunica (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Koom Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Terrero (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Tuskrusirpi Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Rubén Darío II (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Awastigni Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Margarita Solano Centro de Salud) | <input type="radio"/> Santa Clara Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Rodeo (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Miguel Bikan Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Portón (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Wasla Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Cumaika (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Tuskrutara Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Piedras Largas (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Kiwastara Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Policlínico Trinidad Guevara Nárvaez (Centro de Salud) | <input type="radio"/> Sawa Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Lacayo Farfán (Centro de Salud) | <input type="radio"/> Raity Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Progreso1 (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> San Pedro Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Progreso2 (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Pilhpilia Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Primero de Mayo (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> San Alberto Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Jucuapa Abajo (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Laguntara Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Quebrada Honda (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Santa Fe Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Solingalpa (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Kitaski Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Matasano (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Uhri Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Palcila (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Klar Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> La Corneta (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Andres Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Guanuca (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Klisnack Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Las Escaleras (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Krin – Krin Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Molino Norte (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Wisconsin Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Wuppertal (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Cabo Viejo (antes Cabo Gracias) Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Las Baquitas (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Tasba Pain (Nuevo) Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Jucuapa Centro(Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Kuiwitngni (Nuevo) Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Cesar Amador Molina (hospital) | <input type="radio"/> Leymus Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> San José (hospital) | <input type="radio"/> Kururia Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Pancasán Matiguás (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Prinzipolka (hospital) |
| <input type="radio"/> La Patriota (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> El corozo (Nuevo) Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> Salto de la Olla (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Silibila (Nuevo) Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Jobo (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Prinzipolka Puesto de Salud) |
| <input type="radio"/> El Corozo (Puesto de Salud) | <input type="radio"/> Layasixa Puesto de Salud) |

- ☐
- ☐ Likia (Puesto de Salud)
- ☐ San Benito de Palermo (Muy Muy) (Centro de Salud)
- ☐ Emiliano Pérez (Centro de Salud)
- ☐ Jesús Bermúdez (Puesto de Salud)
- ☐ Juan C. Flores (Puesto de Salud)
- ☐ Rancho Grande Centro de Salud)
- ☐ Las Brisas (Puesto de Salud)
- ☐ Kuskawas (Puesto de Salud)
- ☐ Colonia Agrícola (Puesto de Salud)
- ☐ Denis Gutiérrez Centro de Salud
- ☐ Manceras (Puesto de Salud)
- ☐ Wanawas (Puesto de Salud)
- ☐ San Andrés de Bobosque (Puesto de Salud)
- ☐ San José de Paiwas (Puesto de Salud)
- ☐ San Dionisio Centro de Salud
- ☐ Los Limones (Puesto de Salud)
- ☐ Susulí (Puesto de Salud)
- ☐ El Carrizal (Puesto de Salud)
- ☐ Junquillo (Puesto de Salud)
- ☐ Ocote Arriba (Puesto de Salud)
- ☐ Manuel Orozco Centro de Salud
- ☐ Santa Bárbara (Puesto de Salud)
- ☐ Las Mangas (Puesto de Salud)
- ☐ Soledad de la Cruz (Puesto de Salud)
- ☐ La Sidra (Puesto de Salud)
- ☐ San Andrés (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Rosa (Puesto de Salud)
- ☐ Lucrecia Lindo Centro de Salud
- ☐ El Horno Puesto de Salud)
- ☐ Guadalupe Puesto de Salud)
- ☐ Piedra Colorada Puesto de Salud)
- ☐ Samulalí Puesto de Salud)
- ☐ Yasica Sur Puesto de Salud)
- ☐ Pueblo Viejo Puesto de Salud)
- ☐ Apatite Puesto de Salud)
- ☐ El Chile Puesto de Salud)
- ☐ Sébaco I Centro de Salud
- ☐ Chaguitillo Puesto de Salud)
- ☐ La China Puesto de Salud)
- ☐ Molino Sur Puesto de Salud)
- ☐ Agua Sarca Puesto de Salud)
- ☐ Las Pozas Puesto de Salud)
- ☐ Sabana Verde Puesto de Salud)
- ☐ Sebaco Puesto de Salud)
- ☐ El Naranjo Puesto de Salud)
- ☐ Francisco Buitrago Centro de Salud
- ☐ Montaña Grande Puesto de Salud)
- ☐ Cuajiniquil Puesto de Salud)
- ☐
- ☐ Walpasiksa Puesto de Salud)
- ☐ Halover Puesto de Salud)
- ☐ Wontabar Puesto de Salud)
- ☐ Kukalaya Puesto de Salud)
- ☐ Alamikangba Puesto de Salud)
- ☐ Comandante Carlos Fonseca (hospital)
- ☐ Puesto de Salud Unikwas Puesto de Salud)
- ☐ Puesto de Salud Lisawe Puesto de Salud)
- ☐ Puesto de Salud Santa Rita Puesto de Salud)
- ☐ Puesto de Salud Peñas Blancas Puesto de Salud)
- ☐
- ☐ Silvia Ferrufino (Centro de Salud)
- ☐ Haydee Meneses (Centro de Salud)
- ☐ Ducuali (Puesto de Salud)
- ☐ Cusmaji (Puesto de Salud)
- ☐ La Plazuela(Puesto de Salud)
- ☐ Héroes y Mártires de Cusmap (Centro de Salud)
- ☐ El Carrizo (Puesto de Salud)
- ☐ El Mamey (Puesto de Salud)
- ☐ San Juan de Río Coco (hospital)
- ☐ Luis Felipe Moncada (Centro de Salud)
- ☐ Samarcanda (Puesto de Salud)
- ☐ San Lucas (Puesto de Salud)
- ☐ Ojoche (Puesto de Salud)
- ☐ Quibuto (Puesto de Salud)
- ☐ Cerro Blanco Abajo (Puesto de Salud)
- ☐ El Carmen (Puesto de Salud)
- ☐ Las Cañas (Puesto de Salud)
- ☐ Patio Grande (Puesto de Salud)
- ☐ Héroes y Mártires (Centro de Salud)
- ☐ El Apante (Puesto de Salud)
- ☐ Las Lajitas (Puesto de Salud)
- ☐ Jairo Bismark Moncada (Centro de Salud)
- ☐ Hermanos Martínez (Puesto de Salud)
- ☐ El Cairo (Puesto de Salud)
- ☐ San Juan de Somoto (Puesto de Salud)
- ☐ La Playa (Puesto de Salud)
- ☐ Yarage (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Isabel (Puesto de Salud)
- ☐ Juan Antonio Brenes (hospital)
- ☐ Julio Martínez Obando (hospital)
- ☐ El Pericón (Puesto de Salud)
- ☐ Santo Domingo (Puesto de Salud)
- ☐ El Carbonal (Puesto de Salud)
- ☐ San Francisco (Puesto de Salud)
- ☐ Villa Austria(Inactivo) (Puesto de Salud)
- ☐ San Jerónimo (Puesto de Salud)
- ☐ Ernesto Che Guevara (Centro de Salud)
- ☐ Cuje (Puesto de Salud)

- ☐ Bernadina Díaz Ochoa (hospital)
☐ Santa Luz Puesto de Salud
☐ La Tronca Puesto de Salud
☐ El Tuma Puesto de Salud

☐ Guapotal Puesto de Salud

☐ La Mora Puesto de Salud
☐ Fidel Ventura (hospital)

☐ Zinica Puesto de Salud
☐ Puerto Viejo Puesto de Salud
☐ Kaskita Puesto de Salud
☐ Kubalí Puesto de Salud
☐
☐ Esteban Jaens Serrano (hospital)
☐ Musawas Puesto de Salud
☐ Españolina Puesto de Salud
☐ Mukuswas Puesto de Salud
- ☐ Cayantu (Puesto de Salud)
☐ Sabana Grande (Puesto de Salud)
☐ Santo Domingo (Puesto de Salud)
☐ William Pacheco (Centro de Salud)
 Chaguite (Puesto de Salud)
☐
☐ El Ayote (Centro de salud)
☐ El Jobo (Puesto de Salud)
☐ El Móvil (puesto de salud)
☐ Nueva Luz (Centro de salud)
☐ Poza Redonda (puesto de salud)
☐ Providencia (puesto de salud)

☐ San Isidr puesto de salud
☐ Otro (especificar)
☐ No sabe

Question: MRR_DATE

Required

4. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1

Required

5. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

6. Identificación 2 del entrevistador

Collection: MRR Obstetric

Contains: NEONATAL_COMPLICATIONS

Collection: NEONATAL_COMPLICATIONS

Contains: MRR_NEO_COMP, MRR_NEO_GEN, GEN_COMPL_INFO, NEO_SEPSIS, NEO_LBW, NEO_PRE, NEO_ASP, GEN_DISPOSITION

Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

Complicaciones neonatales

Question: MRR_NEO_COMP

Minimum checks: 1

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

- ☐ Sepsis
☐ Bajo peso al nacer
☐ Asfixia al nacimiento
☐ Prematurez
☐ No

Collection: MRR_NEO_GEN

Contains: MRR_AGE_BABY, MRR_AGE_MOM, MRR_MOM_LITERACY, MRR_MOM_EDU, MRR_MOM_MAR_STAT

Question: MRR_AGE_BABY

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
0	Edad en horas:	
1	Edad en días:	
2	Edad en meses:	
3	Edad en años:	
-1	No registrado	

8. Edad del niño

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

Question: MRR_AGE_MOM
Required

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

9. Edad de la madre

- ☐ Edad:
☐ No registrado

Question: MRR_MOM_LITERACY
Required

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

10. Alfabetismo de la madre

- ☐ Alfabeta
☐ Analfabeta
☐ No registrado

Question: MRR_MOM_EDU
Required

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

11. Educación de la madre

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

Question: MRR_MOM_MAR_STAT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casada	
2	Unión libre	
3	Soltera	
4	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

12. Estado civil de la madre

- ☐ Casada
☐ Unión libre
☐ Soltera
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Collection: GEN_COMPL_INFO

Contains: NEO_BIRTH_DATE, NEO_BIRTH_TIME, NEO_ADM_DATE, NEO_ADM_TIME, NEO_GESTAGE, NEO_GENDER, NEO_MOMCOMPL
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis] or [Bajo peso al nacer] or [Asfixia al nacimiento] or [Prematurez])

Question: NEO_BIRTH_DATE
Required

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

13. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Fecha de nacimiento

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

Question: NEO_BIRTH_TIME
Required

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

14. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de nacimiento

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_ADM_DATE
Required

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

15. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

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

Question: NEO_ADM_TIME
Required

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

16. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_GESTAGE
Required

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

17. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: NEO_GENDER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Masculino	

2	Femenino	
-1	No registrado	

18. Sexo

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ No registrado

Question: NEO_MOMCOMPL**Minimum checks:** 1

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

- ☐ Pre eclampsia
☐ Eclampsia
☐ Sepsis
☐ Hemorragia
☐ Otra
☐ Sin complicaciones

Collection: NEO_SEPSIS**Contains:** NEO_SEP_BASIC, NEO_SEP_COMP**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis])

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

Collection: NEO_SEP_BASIC**Contains:** NEO_SEP_BASIC_CONSULT, NEO_SEP_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_SEP_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_SEP_BASIC_MEDICATIONS**Show if:** (FACILITY_TYPE = 2)

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB1

22.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morfología de neutrófilos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro (especificar) ☐

Otro (especificar) ☐

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB2

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

**Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT
Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT_DATE**Required**

Show if: (NEO_SEP_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary

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

25. Fecha de revisión

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

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT_TIME**Required**

Show if: (NEO_SEP_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary

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

26. Hora de revisión

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_MED

27.	Adminstrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento				

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

Question: NEO_SEP_BASIC_MEDICATIONS

Required

Show if: ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) and (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Collection: NEO_SEP_COMP

Contains: NEO_SEP_COMP_CONSULT, NEO_SEP_COMP_CONSULT_DATE, NEO_SEP_COMP_CONSULT_TIME, NEO_SEP_COMP_MEDICATIONS

Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_LAB

31.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ^ 3 liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

		mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT**Required**

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

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

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT_DATE**Required****Show if:** (NEO_SEP_COMP_CONSULT = 1:[Si])

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

33. Fecha

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

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT_TIME**Required****Show if:** (NEO_SEP_COMP_CONSULT = 1:[Si])

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

34. Hora

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_MED

35.	Adminstrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicillina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(especificar)

☐☐**Question:** NEO_SEP_COMP_MEDICATIONS**Required****Show if:** ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) and (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

☐ Si☐ No**Collection:** NEO_LBW**Contains:** NEO_LBW_BASIC, NEO_LBW_COMP**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer])

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

Collection: NEO_LBW_BASIC**Contains:** NEO_LBW_BASIC_GEST_METHOD, NEO_LBW_BASIC_CONSULT, NEO_LBW_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_LBW_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES, NEO_LBW_BASIC_BABY_FOOD**Show if:** (FACILITY_TYPE = 2)**Question:** NEO_LBW_BASIC_GEST_METHOD**Minimum checks:** 1

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

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_LAB1

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_LAB2

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

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_LBW_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

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

43. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_LBW_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

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

44. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES
Minimum checks: 1

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

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Oxygen hood
- ☐ Oxygen CAAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_BASIC_BABY_FOOD
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

46. Anote cómo fue alimentado el bebé

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

Collection: NEO_LBW_COMP
Contains: NEO_LBW_COMP_CONSULT, NEO_LBW_COMP_CONSULT_DATE, NEO_LBW_COMP_CONSULT_TIME, NEO_LBW_COMP_PROCEDURES, NEO_LBW_COMP_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_LAB1

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_LAB2

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

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT
Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_LBW_COMP_CONSULT = 1:[Si])

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

51. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_LBW_COMP_CONSULT = 1:[Si])

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

52. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_COMP_PROCEDURES
Minimum checks: 1

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

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Oxygen hood
- ☐ Oxygen CAAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_COMP_BABY_FOOD
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

54. Anote cómo fue alimentado el bebé

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

Collection: NEO_PRE
Contains: NEO_PRE_BASIC, NEO_PRE_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Prematurez])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.

Collection: NEO_PRE_BASIC
Contains: NEO_PRE_BASIC_GEST_METHOD, NEO_PRE_BASIC_CONSULT, NEO_PRE_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_PRE_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES, NEO_PRE_BASIC_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

Question: NEO_PRE_BASIC_GEST_METHOD
Minimum checks: 1

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

- ☐ FUM
- ☐ ECO
- ☐ Test de Ballard

- ☐ Perímetro cefálico
☐ Otro
☐ No registrado

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_LAB1

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_LAB2

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

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

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT
Required

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

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

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_PRE_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

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

61. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_PRE_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

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

62. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES

Minimum checks: 1

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

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Oxygen hood
☐ Oxygen CAAP
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

Question: NEO_PRE_BASIC_BABY_FOOD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

64. Anote cómo fue alimentado el bebé

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

Collection: NEO_PRE_COMP

Contains: NEO_PRE_COMP_CONSULT, NEO_PRE_COMP_CONSULT_DATE, NEO_PRE_COMP_CONSULT_TIME, NEO_PRE_COMP_PROCEDURES, NEO_PRE_COMP_BABY_FOOD

Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_LAB1

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_LAB2

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

Otro (especificar)

☐**Question:** NEO_PRE_COMP_CONSULT**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT_DATE**Required****Show if:** (NEO_PRE_COMP_CONSULT = 1:[Si])**Scale Summary**

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

69. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT_TIME**Required****Show if:** (NEO_PRE_COMP_CONSULT = 1:[Si])**Scale Summary**

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

70. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_PRE_COMP_PROCEDURES**Minimum checks:** 1

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

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Oxygen hood
- ☐ Oxygen CAAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_PRE_COMP_BABY_FOOD**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

72. Anote cómo fue alimentado el bebé

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

Collection: NEO_ASP**Contains:** NEO_ASP_BASIC, NEO_ASP_COMP**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Asfixia al nacimiento])

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

Collection: NEO_ASP_BASIC

Contains: NEO_ASP_BASIC_CONSULT, NEO_ASP_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_ASP_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_ASP_BASIC_BABY_HAVE, NEO_ASP_BASIC_PROCEDURES, NEO_ASP_BASIC_MEDICATIONS

Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_LAB1

75.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10 ³ /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10 ³ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_LAB2

76.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_ASP_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary

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

78. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_ASP_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary

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

79. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_BASIC_BABY_HAVE

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Apnea	
2	Meconio	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

80. Anote si tuvo el bebé los siguientes:

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

Question: NEO_ASP_BASIC_PROCEDURES

Minimum checks: 1

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

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_MED

82.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_ASP_BASIC_MEDICATIONS**Required**

Show if: ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) and (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Collection: NEO_ASP_COMP

Contains: NEO_ASP_COMP_CONSULT, NEO_ASP_COMP_CONSULT_DATE, NEO_ASP_COMP_CONSULT_TIME, NEO_ASP_COMP_RADIOGRAPHY, NEO_ASP_COMP_PROCEDURES, NEO_ASP_COMP_MEDICATIONS

Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_CHECK2

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

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_LAB1

86.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuenta leucocitaria <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> x10 ^3/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> x 10 ^3/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_LAB2

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

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_ASP_COMP_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	

-1 No registrado

89. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_ASP_COMP_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary

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

90. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_COMP_RADIOGRAPHY

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

91. Anote si se tomó una radiografía de tórax

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_ASP_COMP_PROCEDURES

Minimum checks: 1

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

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Oxygen hood
- ☐ Oxygen CAAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_MED

93.	Adminstrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicillina	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>

Question: NEO_ASP_COMP_MEDICATIONS

Required

Show if: ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) and (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Collection: GEN_DISPOSITION

Contains: NEO_DISPOSITION, NEO_SEP_REF_REAS, NEO_LBW_REF_REAS, NEO_PRE_REF_REAS, NEO_ASP_REF_REAS, NEO_REF_HOW, NEO_DIS_DATE, NEO_DIS_TIME, NEO_DEATH_DATE, NEO_DEATH_TIME

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis] or [Bajo peso al nacer] or [Asfixia al nacimiento] or [Prematurez])

Question: NEO_DISPOSITION

Required

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

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

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

Question: NEO_SEP_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis])

96. SEPSIS

Razón por la que fue referido el bebé:

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

Question: NEO_LBW_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

97. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue referido el bebé:

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

Question: NEO_PRE_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Prematurez]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

98. PREMATUREZ

Razón por la que fue referido el bebé:

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

Question: NEO_ASP_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Asfixia al nacimiento]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

99. ASFIXIA AL NACIMIENTO

Razón por la que fue referido el bebé:

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

Question: NEO_REF_HOW**Minimum checks:** 1**Show if:** (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer] or [Prematurez])

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

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

Question: NEO_DIS_DATE**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

101. Fecha de egreso/referencia

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

Question: NEO_DIS_TIME**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

102. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

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

103. Fecha de defunción

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

Question: NEO_DEATH_TIME**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])**Scale Summary**

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

104. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: COMMENT_COMPL_NEONATAL

105. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha llegado al final de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat