



0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required



ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR_OBSTETRIC

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_DATE, REG_NAME, MRR_FAC_ID, MRR_TYPE_UNIT, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2

Question: MRR_DATE
Required



1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: REG_NAME
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kuna Yala	
2	Darién/Comarca Emberá	



2. Región

- ☐ Kuna Yala
☐ Darién/Comarca Emberá

Question: MRR_FAC_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	

38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



3. Identificación del unidad médica:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
☐ Otro, especificar
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ambulatorio	
2	Básico	
3	Completa	



4. Tipo de unidad médica:

- ☐ Ambulatorio
☐ Básico
☐ Completa

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required



5. Identificación 1 del entrevistador

**Question:** MRR_INTERVW_ID2

6. Identificación 2 del entrevistador


Page Break

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
- ☐ No hay espacio específico en el expediente para registrarlo

Page Break

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

Page Break

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. Anote 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
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis])

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

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

Question: NEO_SEP_BASIC_GEST_ASSESS
Minimum checks: 1

 20. 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, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_CHECK1

21.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 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="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, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_CHECK2

22.	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="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"/>

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

23.	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="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 en que se hizo por primera vez


Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB2

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

(especificar) ☐ ☐

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	


-  25. ¿Fue revisado el bebé por un médico al momento del ingreso?
- ☐ Si

☐ No

Auto Page Break

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	

 26. 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	

 27. Hora de revisión

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Question: NEO_SEP_BASIC_PROCEDURES
Minimum checks: 1

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

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Cámara de oxígeno para recién nacido
☐ Cánula nasal
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

Question: NEO_SEP_BASIC_BREASTFEED
Required

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

29. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
☐ Alimentación intravenosa
☐ Otra
☐ 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

30.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

Question: NEO_SEP_BASIC_MEDICATIONS

Required

Show if: (((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_OME2 = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1)))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1)))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) and (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
☐ No

Page Break

Collection: NEO_LBW
Contains: NEO_LBW_BASIC
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

32. 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

	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="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_LBW_BASIC_LAB1

	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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="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_LBW_BASIC_LAB2

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

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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



- ☐ Si
☐ No

Auto Page Break

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	



37. 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
1	Hora:	
-1	No registrado	



38. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Question: NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES
Minimum checks: 1

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

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Cámara de oxígeno para recién nacido
- ☐ Cánula nasal
- ☐ 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	

40. Anote cómo fue alimentado el bebé

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

Page Break

Collection: NEO_PRE
Contains: NEO_PRE_BASIC
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

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

- ☐ FUM
☐ ECO
☐ Test de Ballard
☐ Perímetro cefálico
☐ Altura uterina
☐ 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

42.	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"/>
Valoración Silverman (insuficiencia respiratoria del recién nacido)	<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_LAB1

43.	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


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


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

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

Auto Page Break

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	

 46. 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	

 47. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break


Question: NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES
Minimum checks: 1

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

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Cámara de oxígeno para recién nacido
- ☐ Cánula nasal
- ☐ 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	

 49. Anote cómo fue alimentado el bebé

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

Page Break

Collection: NEO_ASP
Contains: NEO_ASP_BASIC
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_GEST_ASSESS, 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_BREASTFEED, NEO_ASP_BASIC_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

Question: NEO_ASP_BASIC_GEST_ASSESS
Minimum checks: 1

50. 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, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_CHECK1

51.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		minuto		
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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="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_ASP_BASIC_CHECK2

52.	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="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_ASP_BASIC_LAB1

53.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		10 ⁹ /liter		
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		g/dL		
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		10 ⁹ /L		
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="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_ASP_BASIC_LAB2

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

(especificar)

Otro

(especificar) ☐☐**Question:** NEO_ASP_BASIC_CONSULT**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	




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

☐ Si☐ No

Auto Page Break

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	

 56. 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	


 57. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Page Break

Question: NEO_ASP_BASIC_BABY_HAVE
Required

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

 58. Anote si tuvo el bebé los siguientes:


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

Question: NEO_ASP_BASIC_PROCEDURES**Minimum checks:** 1 59. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

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

Question: NEO_ASP_BASIC_BREASTFEED**Required**


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

 60. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
- ☐ Alimentación intravenosa
- ☐ Otra
- ☐ 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

 61.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicillina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break


Question: NEO_ASP_BASIC_MEDICATIONS

Required

Show if: (((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1)))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1)))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME2 = 1) and (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME3 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Page Break

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	

 63. 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

Auto Page Break


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])

 64. 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])

 65. 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])

 66. 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])

 67. 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])

 68. 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	

-  69. 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	

-  70. 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	

-  71. 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	

-  72. Hora de defunción
- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Question: COMMENT_COMPL_NEONATAL
Required



73. 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