



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 Capetuiru (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: MATERNAL_COMPLICATIONS
Show if: (MRR_TYPE_UNIT is-any-of 2:[Básico] or 3:[Completa])

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

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

Complicaciones maternas


Question: MRR_WOM_DEL_COMP
Minimum checks: 1



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

- ☐ Sepsis
- ☐ Hemorragia
- ☐ Pre-eclampsia severa
- ☐ Eclampsia
- ☐ Ninguna
- ☐ No hay espacio específico en el expediente para registrarlo


Page Break

Collection: MRR_GENERAL**Contains:** MRR_AGE, MRR_LITERACY, MRR_EDU, MRR_MAR_STAT, WOM_ADM_DATE, WOM_ADM_TIME, WOM_GESTAGE, WOM_BABYCOMPL**Question:** MRR_AGE
Required 8. Edad:

-1 = no registrada

Question: MRR_LITERACY
Required


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

 9. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

Question: MRR_EDU
Required

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

 10. Educación

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

Question: MRR_MAR_STAT
Required


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

 11. Estado civil

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

Question: WOM_ADM_DATE
Required

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


 12. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

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

Question: WOM_ADM_TIME
Required

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

 13. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

C

Question: WOM_GESTAGE
Required

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



14. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: WOM_BABYCOMPL
Minimum checks: 1

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

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

Page Break

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

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

Collection: SEP_BASIC
Contains: WOM_SEP_BASIC_MEDICATIONS, WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION, WOM_SEP_BASIC_REF_REAS, WOM_SEP_BASIC_DIS_DATE, WOM_SEP_BASIC_DIS_TIME, WOM_SEP_BASIC_DEATH_DATE, WOM_SEP_BASIC_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_CHECK1

16.	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"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<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"/>
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, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_CHECK2

17.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sangrado vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fluido vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Loquios con mal odor	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_LAB

18.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10^9/liter	<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"/>

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_MED

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

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

Page Break

Question: WOM_SEP_BASIC_MEDICATIONS**Required**

Show if: ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMI = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_CLI = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_CLI = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_MET = 1) and ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) or (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) and (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)) or ((WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN1 = 1) and (WOM_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION**Required**

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



21. 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: WOM_SEP_BASIC_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_SEP_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

22. Razón por la que fue referida:

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

Question: WOM_SEP_BASIC_DIS_DATE**Required****Show if:** (WOM_SEP_BASIC_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	



23. Fecha de egreso/referencia

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

Question: WOM_SEP_BASIC_DIS_TIME**Required****Show if:** (WOM_SEP_BASIC_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	



24. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

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



25. Fecha de defunción

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

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

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



26. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: HEMORRHAGE
Contains: HEM_BASIC
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Hemorragia])

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

Collection: HEM_BASIC
Contains: WOM_HEM_BASIC_MEDICATIONS, WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION, WOM_HEM_BASIC_REF_REAS, WOM_HEM_BASIC_DIS_DATE, WOM_HEM_BASIC_DIS_TIME, WOM_HEM_BASIC_DEATH_DATE, WOM_HEM_BASIC_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_BASIC_CHECK1

27.	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"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<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"/>
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"/>

Custom Layout Question: WOM_HEM_BASIC_CHECK2

28.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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


Custom Layout Question: WOM_HEM_BASIC_MED

29.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato Ringer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<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 medicamento	<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 medicamento	<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"/>

Page Break

Question: WOM_HEM_BASIC_MEDICATIONS**Required****Show if:** (((WOM_HEM_BASIC_MED_OUT_NAME = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_LAC = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_LAC = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) or (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OUT = 1) and (WOM_HEM_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)))**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION**Required****Scale Summary**

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

 31. 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: WOM_HEM_BASIC_REF_REAS**Required****Show if:** (WOM_HEM_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

32. Razón por la que fue referida:

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

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

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



33. Fecha de egreso/referencia

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

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

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



34. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

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



35. Fecha de defunción

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

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

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



36. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: PRE-ECLAMPSIA
Contains: PRE_BASIC
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Pre-eclampsia severa])

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con pre-eclampsia

Collection: PRE_BASIC
Contains: WOM_PRE_BASIC_MEDICATIONS, WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION, WOM_PRE_BASIC_REF_REAS, WOM_PRE_BASIC_DIS_DATE, WOM_PRE_BASIC_DIS_TIME, WOM_PRE_BASIC_DEATH_DATE, WOM_PRE_BASIC_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_CHECK

37.	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"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<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"/>
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"/>

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_LAB

38.	Registrado (si/no)	Negativo	Numero de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	<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	<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"/>

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_BASIC_MED

39.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<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 medicamento	<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 medicamento	<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"/>

Page Break

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

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION**Required****Scale Summary**

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



41. 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: WOM_PRE_BASIC_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_PRE_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

42. Razón por la que fue referida:

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

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

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



43. Fecha de egreso/referencia

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

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

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



44. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

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



45. Fecha de defunción

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

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

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



46. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: ECLAMPSIA
Contains: ECL_BASIC
Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of [Eclampsia])

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.

Collection: ECL_BASIC
Contains: WOM_ECL_BASIC_MEDICATIONS, WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION, WOM_ECL_BASIC_REF_REAS, WOM_ECL_BASIC_DIS_DATE, WOM_ECL_BASIC_DIS_TIME, WOM_ECL_BASIC_DEATH_DATE, WOM_ECL_BASIC_DEATH_TIME
Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_CHECK

47.	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"/>
Presión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmHg	<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"/>
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"/>

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_LAB

48.	Registrado (si/no)	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/día	<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"/>

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


Custom Layout Question: WOM_ECL_BASIC_MED

49.	Administrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento	<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 medicamento	<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 medicamento	<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"/>

Page Break

Question: WOM_ECL_BASIC_MEDICATIONS**Required****Show if:** (((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_HID = 1) and ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_NIF = 1) and ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) or (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OAH = 1) and (WOM_ECL_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1)))**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

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

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

 51. 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: WOM_ECL_BASIC_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_ECL_BASIC_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

52. Razón por la que fue referida:

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

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

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



53. Fecha de egreso/referencia

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

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

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



54. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

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



55. Fecha de defunción

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

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

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



56. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Question: COMMENT_COMPL_MATERNA
Required



57. 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