



0%



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

► ID:

1. Identificación del centro:

- ☐ ADOLFO RUIZ CORTÍNEZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ALDAMA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ALDAMA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ AMPARO AGUA TINTA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ARROYO AGUA AZUL (MIRAFLORES) / Rural de 01 núcleo básico
- ☐ AURORA GRANDE / Rural de 01 núcleo básico
- ☐ BACHAJÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ BUENA VISTA SAN JOSÉ NAPILÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CACAHUATAL / Rural de 02 núcleos básicos
- ☐ CANOLLJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 0 JUC'NIL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 0 SAN JOSÉ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 1 YA'ALTZEMEN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL CHIOLJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL CHULNA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL CRUCERO CHICH / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL EL MANGO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL SAN MIGUEL LA SARDINA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL TZAJALCHÉN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL YAXALA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL YIBELJOJ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL CACATEEL / Rural de 01 núcleo básico
- ☐ CESSA SAN LUCAS / Unidad de Consulta Externa

- ☐ CHABECLUMIL / Unidad móvil
- ☐ CHACAMAX / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHACHALACA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHANAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHENALHÓ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHILOLJÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHIMIX DOS / Rural de 01 núcleo básico
- ☐ CHOCOLJAITO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHUCHUCLUMIL / Rural de 01 núcleo básico
- ☐ CHULNA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHUTALILJÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CLAVARIO BAHUITZ / Casa de salud
- ☐ CLÍNICA DE LA MUJER PALENQUE / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CLÍNICA DE LA MUJER SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CRUZ CHOT / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EBEN EZER / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EJIDO CONSTITUCIÓN / Rural de 01 núcleo básico
- ☐ EL GUANAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EL LIMÓN / Unidad móvil
- ☐ EL PROGRESO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EMBARCADERO APIC - PAC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EMILIANO ZAPATA/ Rural de 01 núcleo básico
- ☐ ESQUIPULAS / Casa de salud
- ☐ ESQUIPULAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ FILADELFIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ FLOR DE CAFÉ / Unidad móvil
- ☐ GUADALUPE VICTORIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ HOSP. BÁSICO COMUNITARIO CHALCHIHUITÁN / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSP. BÁSICO COMUNITARIO TEOPISCA / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE LARRAINZAR / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE SANTO DOMINGO / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO OXCHUC / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO SAN JUAN CHAMULA / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL DE LAS CULTURAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL INTEGRAL LAS MARGARITAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ ICALUMTIC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ IGNACIO ZARAGOZA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ JARDÍN DEL NUEVO EDÉN / Casa de salud
- ☐ JERUSALÉN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ JOL CATARRAYA / Unidad móvil
- ☐ LA AURORA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LA CONCORDIA (MONTE GRANDE) / Caravana
- ☐ LA LAGUNA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LA PALMA UNO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LAS LIMAS / Unidad de Consulta Externa

- ☐ LÁZARO CÁRDENAS CHILIL / Caravana
- ☐ LÁZARO CÁRDENAS CHILIL / Rural de 01 núcleo básico
- ☐ MESBILJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NACHING / Rural de 01 núcleo básico
- ☐ NATILTÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVA PALESTINA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVA SANTA MARGARITA AGUA AZUL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVO HUIXTÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVO VERACRUZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OCOSINGO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OCOTAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ Otro
- ☐ OXCHUC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PALENQUE / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PALENQUE / Unidad de Hospitalización
- ☐ PANTELHÓ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PROGRESO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PUEBLO NUEVO SOLISTAHUACÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PUYIPA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ RAFAEL RAMÍREZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ RAUDALES MALPASO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ RIVERA GALEANA / UnidaRural de 01 núcleo básico
- ☐ SALTO DE AGUA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN ANTONIO LAS ROSAS / Casa de salud
- ☐ SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ SAN FRANCISCO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN JUAN CANCUC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN JUAN CHAMULA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN PEDRO LA TEJERÍA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN QUINTÍN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTA CECILIA EL PEDREGAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTA RITA 1ª SECCIÓN (MICHOL) / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTIAGO EL PINAR / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SIBERIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SIMOJOVEL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TECPATAN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TENEJAPA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TIEMOPA / Rural de 01 núcleo básico
- ☐ TILA / Unidad de Hospitalización
- ☐ TULAQUIL / Casa de Salud
- ☐ TZAMETAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ VENUSTIANO CARRANZA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ XAXAJATIC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ YABTECLUM PUEBLO NUEVO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ YAJALÓN / Unidad de Consulta Externa

- ☐ YAJALÓN / Unidad de Hospitalización
 - ☐ ZACUALPA ECATEPEC / Casa de salud
 - ☐ ZACUALPA ECATEPEC / Unidad de Consulta Externa
 - ☐ ZINACANTÁN / Unidad de Consulta Externa
-

2. Identificación del centro:

3. Primera quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Casa de salud
 - ☐ Centro de Salud con hospitalización
 - ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
 - ☐ Clínica de Especialidades
 - ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
 - ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
 - ☐ Unidad de Especialidades Médicas
 - ☐ Unidad móvil
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos
 - ☐ Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos
 - ☐ Hospital especializado
 - ☐ Hospital general
 - ☐ Hospital integral (comunitario)
-

4. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

5. Identificación 1 del entrevistador

6. Identificación 2 del entrevistador

Lista de verificación de observación

Una vez terminada la entrevista a el(la) responsable de la unidad de salud, solicítele iniciar la visita a la unidad de salud acompañado del responsable o la persona que él(ella) designe.

7. Seleccione el área en la que llevará a cabo la observación:

- ☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal
- ☐ Sala de expulsión
- ☐ Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)
- ☐ Área de planificación familiar
- ☐ Área de atención a niños
- ☐ Área de vacunas
- ☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
- ☐ Área de diagnóstico por imágenes
- ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos
- ☐ Farmacia
- ☐ Laboratorio
- ☐ Condiciones generales de la unidad
- ☐ Al final de la encuesta

8. ¿Está usted seguro de que quiere enviar esta encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No

Atención prenatal y post-natal

9. Solicite ver las áreas o consultorios en los que se da la atención prenatal y postnatal.

Características de las áreas físicas:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Area o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Area o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Area con privacidad visual únicamente
- ☐ Area no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:

10.	Observado	Total observados	Total funcionando
Báscula o balanza de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estadímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cinta obstétrica del CLAP o cinta métrica	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lámpara de chicote o lámpara de cuello de cisne o lámpara de mano	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Baumanómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. Observado

Historia clínica materno perinatal	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Carnet o tarjeta materno perinatal	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

12. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Normas nacionales, lineamientos o protocolos de planificación familiar o servicios de salud reproductiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos de atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos de atención post-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre consejería en nutrición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos.

Los siguientes materiales deben estar colocados en la pared o en un lugar visible.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Materiales visuales para educación sobre embarazo y atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Solicite ver los registros de mujeres en atención prenatal

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

15. Solicite ver los registros de mujeres en atención postparto

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Sala de expulsión o nacimiento

16. Solicite ver la sala de expulsión o lugar donde atiende los nacimientos.

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Área con privacidad visual únicamente
☐ Área no privada
☐ Otro
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:

17.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Equipo p/ suero c/ macrogotero y microgotero	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Campos estériles para recibir al recién nacido	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonda Nasogástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18.	Observado (si/no)
Catéter Intravenoso Estéril N° 18	<input type="checkbox"/>
Pinza metálica o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical	<input type="checkbox"/>

19. Pida ver la maleta (bolso o bulto) para partos de emergencia en el establecimiento.

- ☐ Observados
☐ No se observó
☐ Se negó a mostrar
-

20. Evalúe las condiciones de la sala de nacimiento (expulsión)

	Observado	No observado	Otro	Rechazó mostrar
Piso: limpio y trapeado, sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muebles y sillas limpias y sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo y estantería limpios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paredes razonablemente limpias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Sala de expulsión o nacimiento culturalmente adaptada para población indígena

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

22. Cama para parto en posición vertical en sala de nacimiento culturalmente adaptada

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

Sala de atención de emergencias

23. Solicite ver la sala emergencias

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Area no privada
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

Anote la existencia, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

24.	Observado	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro / Aparato para medición de presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimación para adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laringoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para AMEU	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote la existencia, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

25.	Observado	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

26. Observado Total observados Total funcionando

Autoclave

27. Observado Total observados Total funcionando

Estetoscopio de pinard

Área de Planificación familiar

28. Pida ver el lugar donde se proporciona la asesoría para planificación familiar y anote lo siguiente. (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

29. Por favor verifique la existencia de métodos anticonceptivos en esta unidad médica (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, en el área de planificación familiar
- ☐ Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.
- ☐ Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.
- ☐ No
- ☐ No sabe

30. Por favor verifique si los métodos anticonceptivos están guardados o almacenados en el mismo lugar que otros medicamentos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

Anote la existencia de los siguientes equipos:

31.	Observado
Condón masculino	<input type="text"/> <input type="text"/>
Condón femenino	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pastillas combinadas	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="text"/> <input type="text"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Inyectables con solamente progestina (2 o 3 meses) (por ejemplo, Microgynon)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Píldoras anticonceptivas de emergencia	<input type="text"/> <input type="text"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="text"/> <input type="text"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="text"/> <input type="text"/>

Espermicidas

Diafragma

Otras (especifique):
☐ ☐ ☐ ☐

32. Observado (si/no) Total observados

Kit para inserción de DIU ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

33. Verifique los siguientes kardex u otro registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables con solamente progestina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables combinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kit para inserción de DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Condón masculino

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

35. Pastillas con solamente progestina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

36. Pastillas combinadas

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

37. Inyectables con solamente progestina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

38. Inyectables combinados

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

39. Dispositivo intrauterino

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

40. Por favor verifique cuándo fue la última vez que esta unidad médica recibió anticonceptivos, independientemente de que haya sido solicitado por la unidad médica o que hayan llegado como parte de un sistema rutinario de abasto

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Dentro de las 4 semanas anteriores
- ☐ Entre 4 y 12 semanas
- ☐ Hace más de 12 semanas
- ☐ No existe un sistema de abasto rutinario
- ☐ No sabe

41. Si está disponible, pida ver los registros de la información acerca de las pláticas de planificación familiar otorgadas.

- ☐ Observada
- ☐ No observada
- ☐ Otra, especifique:
- ☐ Se negó a mostrar

42. Por favor pregunte sobre el registro de los servicios de planificación familiar que se ofrecen fuera de la unidad médica y verifique cuántos días en un mes se ofrecen este tipo de servicios fuera de la unidad médica.

(CONVIERTA SEMANAS Y MESES A DÍAS)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, número de días:
- ☐ No se ofrece el servicio fuera de la unidad médica
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

43. Por favor verifique la disponibilidad de materiales de enseñanza y protocolos

(ANOTE UNA OPCIÓN PARA CADA PREGUNTA)	Observada	No observada	Se negó a mostrar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Alguna guía o protocolo para planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guía para atención de personas con datos sugerentes de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos para diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Por favor pida que le muestren los siguientes tipos de folletos informativos o folletos para llevar a casa en la lengua nativa.

	Observado	No observado	Se negó a mostrar
Materiales impresos sobre higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre nutrición y alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre signos y síntomas de alarma en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre información general sobre Infecciones de Transmisión Sexual o VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área o Sala de atención para niños

45. Solicite ver la sala de atención para niños y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:

46.	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica / Báscula tipo Salter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños / Báscula de piso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Báscula con estadímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

47.	Observado	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro pediátrico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Negatoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

48.	Observado
Termómetro oral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Termómetro axilar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

49.	Observado
Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cartilla Nacional de Salud	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cartilla Nacional de Vacunación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

50. Por favor revise que los siguientes materiales estén colocados en la pared o en algún lugar visible

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Materiales impresos sobre signos y síntomas de riesgo en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Si está disponible, pida ver los registros donde es anotada la información del servicio de atención a niños

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

☐ Observado

☐ No observado

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

Área o cuarto de vacunación

52. Solicite ver la sala o área de vacunación y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva

☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva

☐ Área con privacidad visual únicamente

☐ Área no privada

☐ Otro

- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

53. Pida ver el equipo de inyecciones usado durante las sesiones de vacunación de rutina en esta instalación. Observe también el tipo.

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES)

- ☐ Observado, desechable
- ☐ Observado, esterilizable
- ☐ Observado, autoinutilizable
- ☐ Informado, no visto
- ☐ Observados, otros
- ☐ Se negó a mostrar

54. Verifique la existencia de elementos necesarios para servicios de vacunación

(SELECCIONE UNO EN CADA UNO)	Observado	No se observó	Otro	Se negó a mostrar
Esquema nacional de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hojas de resumen o registros permanentes para registros de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. Pida que le enseñen los registros de información del servicio de vacunación para niños

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Cadena de frío

56. Por favor verifique si esta unidad médica almacena vacunas, o las vacunas son recogidas de otra unidad médica o son entregadas a la unidad cuando van a ser aplicadas. (Recuerde que guardar vacunas por solo 1-2 días antes de su uso, no es almacenamiento de vacunas)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, se almacenan vacunas en la unidad médica
- ☐ Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.
- ☐ No se almacenan vacunas
- ☐ No responde

Pida que le enseñen donde se guardan las vacunas y verifique el equipo utilizado para almacenar vacunas

57. Cantidad utilizada para el almacenamiento de vacunas Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar

Refrigerador eléctrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de querosén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador solar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termo frío (Pingüino)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

58.

Cantidad utilizada **NO** para
el almacenamiento de vacunas

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar

Refrigerador eléctrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de querosén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador solar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termo frío (Pingüino)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verifique los termómetros e indique cuantos son **(indique solamente los termómetros de vacunación)**

59.

Cantidad

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó
mostrar

Termómetros digitales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termómetros de alcohol	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termómetros de vástago	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

60. Pida para ver las cajas de transporte de vacunas disponibles

- ☐ Observadas, cantidad de cajas vistas:
☐ Informadas
☐ No vistas
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

61. Pida ver los paquetes de hielo o gel frío usados en las cajas de transporte de vacunas (juego = cuatro o cinco por caja).

- ☐ Observados, un juego
☐ Observados, dos o más juegos
☐ No vista
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Suministro de vacunas

62. Por favor pida que le enseñen donde se registra el suministro (recepción) de vacunas

- ☐ Registro observado
☐ No observado
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar
☐ No se proporcionan servicios de vacunación

Revise el kardex o registro de información sobre el abasto de vacunas y registre la siguiente información

63. Verifique los siguientes kardex de abastacimiento u otro registro de las siguientes vacunas:

	Kardex observado	Kardex no observado
Pentavalente (incluye DPT, Hib, HepB)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SRP (sarpion, rubeola, y parotiditis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjugado neumocócico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verifique el abastecimiento de las siguientes vacunas para hoy:

64. Abasto observado

Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb)	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>
SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)	<input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/>
Rotavirus	<input type="checkbox"/>
Conjugado neumocócico	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>
Vacuna antitetánica / Toxoide tetánico diftérico	<input type="checkbox"/>

65. Abasto observado

DPT (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="checkbox"/>
Hepb (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="checkbox"/>

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

66. BCG
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐
-

67. SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐
-

68. Vacuna antitetánica / toxoide tetánico diftérico
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐
-

69. Por favor verifique cuándo fue la última vez que la unidad médica recibió suministro de vacunas, independientemente de que hayan sido solicitadas por la unidad médica o que hayan llegado como parte de un sistema rutinario de abasto (SELECCIONE UNA OPCIÓN).
- ☐ Dentro de las 4 semanas anteriores
- ☐ Entre 4 y 12 semanas
- ☐ Más de 12 semanas
- ☐ No existe un sistema rutinario de abasto
- ☐ No sabe
-

Para refrigerador #1, respuesta a las siguientes preguntas:

70. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)
- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar
-

71. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

72. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

73. Verifique si se completó el registro de la temperatura dos veces por día de **lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

74. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-

75. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

76. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #2, respuesta a las siguientes preguntas:

77. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna

para Influenza B y verifique la temperatura.
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar
-

78. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar
-

79. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar
-

80. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar
-

81. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado
-

82. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

83. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #3, respuesta a las siguientes preguntas:

84. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

85. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

86. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

87. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

88. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

89. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

90. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #4, respuesta a las siguientes preguntas:

91. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

92. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

93. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

94. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a**

viernes en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

95. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-

96. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

97. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
 - ☐ No protegidas
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

Para refrigerador #5, respuesta a las siguientes preguntas:

98. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
 - ☐ No observado
 - ☐ El termómetro no funciona
 - ☐ No hay termómetro
 - ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
 - ☐ Se negó a mostrar
-

99. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

100. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

101. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

102. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-

103. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

104. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #6, respuesta a las siguientes preguntas:

105. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
 - ☐ No observado
 - ☐ El termómetro no funciona
 - ☐ No hay termómetro
 - ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
 - ☐ Se negó a mostrar
-

106. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

107. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

108. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
 - ☐ No, no se completó
 - ☐ No se observó
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

109. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
 - ☐ No registrado
-

110. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

111. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
 - ☐ No protegidas
 - ☐ Otro
 - ☐ Se negó a mostrar
-

Para refrigerador #7, respuesta a las siguientes preguntas:

112. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

113. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

114. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

115. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

116. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

117. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #8, respuesta a las siguientes preguntas:

118. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

119. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

120. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

121. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

122. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

123. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #9, respuesta a las siguientes preguntas:

124. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

125. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

126. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

127. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

128. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

129. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Para refrigerador #10, respuesta a las siguientes preguntas:

130. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

131. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

132. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

133. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

134. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

135. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Área de diagnostico por imagen

136. Solicite ver la área de diagnóstico por imágenes:

SELECCIONE UNA OPCIÓN - si no aplica seleccione "no se dan estos servicios"

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva

- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Área con privacidad visual únicamente
☐ Área no privada
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

137.

Por favor anote la disponibilidad y número del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)	Observado, número:	No observado	Se niega a mostrar
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rayos X	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

138.

Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)	Sí, funciona	No funciona	No sabe
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rayos X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo de ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área de disposición de desechos biológicos peligrosos

139. Por favor pida que le enseñen cómo y dónde se desechan los residuos biológicos peligrosos (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar

140. Pida que le enseñen el registro de información sobre la disposición de residuos biológicos peligrosos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar

141. Pida ver los autoclaves.

- ☐ Observado, número:
- ☐ No observado
- ☐ Se niega a mostrar
-

Farmacia

Registre si se observaron los siguientes insumos

142.

Observado

Multivitamínico

☐ ☐

Hierro

☐ ☐

Acido fólico

☐ ☐

Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos

☐ ☐

Láminas porta objetos

☐ ☐

Nitrofurantoina

☐ ☐

143.

Observado

Eritromicina

☐ ☐

Ampicilina

☐ ☐

Penicilina benzatinica

☐ ☐

144.

Observado

Cefalexina

☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

145.

Observado

Paquetes o sobres de Sales de Rehidratación Oral / Vida suero oral

☐ ☐

Sulfato ferroso en gotas

☐ ☐

Sulfato de Zinc

☐ ☐

Gluconato de Zinc

☐ ☐

Albendazol

☐ ☐

Mebendazol

☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

146.

Observado

Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical

☐ ☐

Maleato de Ergonovina

☐ ☐

Ampolleta de Ergometrina

☐ ☐

Lodopovidona

☐ ☐

Jeringa c/ Aguja Montada (Jeringa insulina)

☐ ☐

Lidocaína s

☐ ☐

Metilbromuro
 Oxitocina
 Ringer lactato
 Gotas de cloramfenicol oftálmicas o oxitetraciclina oftálmica
 Vitamina K

<input type="checkbox"/>	▼
<input type="checkbox"/>	▼
<input type="checkbox"/>	▼
<input type="checkbox"/>	▼
<input type="checkbox"/>	▼

Anote si se observaron los siguientes insumos

147. Observado

Epinefrina	<input type="checkbox"/>	▼
Butilioscina	<input type="checkbox"/>	▼
Solution Hartman	<input type="checkbox"/>	▼
Solucion salina	<input type="checkbox"/>	▼
Nitrato de plata	<input type="checkbox"/>	▼

Anote si se observaron los siguientes insumos

148. Observado

Ampolleta de Dexametazon	<input type="checkbox"/>	▼
Betametasona	<input type="checkbox"/>	▼
Sulfato de Magnesio	<input type="checkbox"/>	▼
Penicilina cristalina	<input type="checkbox"/>	▼
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	▼
Amoxicilina	<input type="checkbox"/>	▼
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	▼

149. Observado (si/no)

Gentamicina	<input type="checkbox"/>	▼
Ampolleta de Hidralazina	<input type="checkbox"/>	▼

Anote si se observaron los siguientes insumos

150. Observado

Sulfato de Amikacina	<input type="checkbox"/>	▼
Amikacine	<input type="checkbox"/>	▼
Ceftriaxona	<input type="checkbox"/>	▼
Cloranfenicol	<input type="checkbox"/>	▼
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	▼
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	▼
Hidralazina clorhidrato	<input type="checkbox"/>	▼
Furosamida	<input type="checkbox"/>	▼
Diazepam	<input type="checkbox"/>	▼
Clorihidrato de Midazolam	<input type="checkbox"/>	▼

Sevofluran

☐ 

Cloruro de Succinilcolina (Suxametonio)

☐ 

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

151.

Multivitamínico

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ 

152.

Hierro

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ 

153.

Acido fólico

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ 

154.

Nitrofurantoina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ 

155.

Eritromicina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ 

156.

Ampicilina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ 

157.

Penicilina benzatínica

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ 

158.

Cefalexina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ 

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

159. Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes) /
Vida suero oral

Se quedó sin ellos en el último mes
(si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo
mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y
3 (si/no) ☐ ☐

160. Sulfato de Zinc

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

161. Gluconato de Zinc

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

162. Albendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

163. Mebendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

164. Sulfato ferroso en gotas

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de esto insumos en los últimos 3 meses

165. Oxitocina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐ ☐

166. Maleato de Ergonovina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

167. Ampolleta de Ergometrina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

168. Vitamina K

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

169. Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de esto insumos en los últimos 3 meses

170. Sulfato de Magnesio

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

171. Gentamicina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

172. Ampolleta de Dexametazon

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

173.

Betametasona

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

174.

Ceftriaxona

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

175.

Diazepam

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

176.

Clorhidrato de Midazolam

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

177.

Nifedipina (tableta o ampolla)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

Servicios de laboratorio

178. Solicite ver el área en la que se llevan a cabo las tomas de muestra para los análisis de laboratorio e indique las características del área:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Área privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área no privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Privacidad visual solamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otra
- ☐ No hay ese servicio
- ☐ Rechazó mostrarlo

Indique la disponibilidad, condición y número de los siguientes equipos e insumos

179.

Observado

Kit para prueba rápida de sífilis ☐ ☐

Kit para prueba rápida de VIH/SIDA ☐ ☐

Tirillas para detección de proteína en orina ☐ ☐

Tirillas para detección de glucosa en orina	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hemocue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Microcubetas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kit para prueba de embarazo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

180. Observado

Microscopio optico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Microscopio de campo oscuro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Equipo para inmunoensayo de enzimas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Microscopio de fluorescencia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Equipo de análisis de orina	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Glucómetro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Contador de células automático	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

181. Indique la disponibilidad de los siguientes reactivos

	Observado	No observado
Ferricianuro de potasio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido sulfosalicílico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido pícrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cyanmethemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos para grupo sanguíneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos factor Rh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

182. Kit para prueba rápida de VIH/SIDA

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

183. Anticoagulantes

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

184. Anticuerpos factor Rh

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

Características generales de la unidad de salud

185. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

☐ Observado

☐ No observado

☐ Rechazó mostrarla

186. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

☐ Sí, funciona

☐ No funciona

☐ No sabe

187. ¿Tiene combustible la planta de electricidad de emergencia?

☐ Sí

☐ No

☐ No sabe

188. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

^

v

Según nuestros registros, los datos no han sido plenamente recogidos por uno o más áreas de este módulo. Se puede ir de nuevo a las secciones incompletas ahora.

189. Seleccione el área en la que llevará a cabo la observación:

☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal

☐ Sala de expulsión

☐ Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)

☐ Área de planificación familiar

☐ Área de atención a niños

☐ Área de vacunas

☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)

☐ Área de diagnóstico por imágenes

☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos

☐ Farmacia

☐ Laboratorio

☐ Condiciones generales de la unidad

190. 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