



Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

ID:

Revisión del registro médico

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

2. Identificación 1 del entrevistador

3. Identificación 2 del entrevistador

4. Tipo de unidad médica

- ☐ 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)

5. 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 CHILOLJA / 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
- ☐ TENAJAPA / 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

6. Identificación del unidad médica:

Preguntas generales

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

7. Fecha de última menstruación

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

Este expediente no es legible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue . Por favor revisa expedientes con fecha de última

menstruación entre 01/02/2012 - 31/05/2013

8. Edad de mujer

- ☐ Edad:
- ☐ No registrado

9. Alfabetismo (lee y escribe):

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

10. Etnia:

- ☐ Mestiza
- ☐ Indígena
- ☐ Negra
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

11. Educación

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

12. Estado civil/familiar:

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

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

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- ☐ Atención prenatal
- ☐ Atención al nacimiento
- ☐ Atención posparto

Gestación Actual

14. Fecha de primera visita a atención prenatal

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

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

Fecha de última menstruación:

Fecha de primera visita a atención prenatal:

15. Antitetánica vigente:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

16. Se administró toxoide tetánico:

(SELECCIONE UNO POR FILA):

Sí	No observado
----	--------------

1.ra dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consultas de atención prenatal

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

- ☐ Número:
- ☐ No registrado

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

-- Seleccione uno --

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

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

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

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

21. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

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

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

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

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

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

Frecuencia cardiaca fetal

Movimiento fetal

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

- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario

- ☐
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

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

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

26. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

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

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

31. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

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

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

Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso/frecuencia cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

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

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

36. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

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

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

41. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

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

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

46. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

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

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

51. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

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

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

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

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

Frecuencia cardíaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

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

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

56. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la novena visita

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

61. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

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

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

66. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

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

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pulso/frecuencia cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------------------	-----------------------	-----------------------

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

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

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

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

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

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

71. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

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

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

76. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

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

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

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

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

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

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

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

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

81. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado
-

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

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

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

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

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

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

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

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

86. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

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

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

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

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

Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------	-----------------------	-----------------------

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

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

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

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

91. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

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

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

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

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

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

	Si	No
Grupo sanguíneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factor RH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glucosa en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ordenó prueba de VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plaquetas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido úrico en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido úrico en orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VDRL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentración de Hb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Examen general de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------------------	-----------------------	-----------------------

95. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

☐ Nacimiento

☐ Aborto

☐ Mortinato

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

Atención al nacimiento

96. Fecha de ingreso

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

97. Hora de ingreso

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

98. Fecha en que ocurrió el nacimiento

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

99. Hora en que ocurrió el nacimiento

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

100. Mujer acompañada por una trabajadora comunitaria para atender el nacimiento en la unidad médica

☐ Sí

☐ No

☐ No registrado

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

☐ Sí

☐ No

☐ No registrado

Registre si se administró a la mujer:

102. Administrado Fecha/hora registrado

Oxitocina

Otros uterotónicos

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

Oxitocina

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

Otros uterotónicos

105. Forma de administración de la oxitocina:

☐ Intramuscular

☐ Intravenosa

☐ No registrado

106. Registro de masaje uterino

☐ Sí

☐ No

107. Registro de tracción del cordón umbilical

☐ Sí

☐ No

108. Partograma

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

Revise el partograma y anote si se registró la siguiente información

109. Registrado

- Nombre de la paciente ☐
Curva completa hasta el momento del nacimiento ☐
Representación gráfica de la frecuencia cardíaca fetal ☐
Gráfica de la frecuencia de contracciones uterinas ☐
Interpretación de cambios en contracciones uterinas ☐
Tensión arterial sistólica ☐
Tensión arterial diastólica ☐
Pulso ☐
Posición del bebé ☐
Intensidad de las contracciones ☐
Localización del dolor ☐
Intensidad del dolor ☐

110. Registrado

- ¿Registro de frecuencia cardíaca fetal y curva de alerta? ☐ ☐
¿Dilatación > 4.5 cm? ☐ ☐
¿Frecuencia cardíaca fetal < 120 lpm? ☐ ☐
¿Se superó la curva de alerta? ☐ ☐

111. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si FCF < 120?

- ☐ Sí
☐ No

112. ¿Cuales de las siguientes se incluyen en la nota?

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

113. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si dilatación > 4.5 cm?

- ☐ Sí
☐ No

114. ¿Cuales de las siguientes se incluyen en la nota?

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

115. ¿Se observe un descenso en la frecuencia cardíaca fetal?

- Seleccione uno -- ☐

116. Registre qué se hizo si hubo descenso de la frecuencia cardíaca fetal

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

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

-- Seleccione uno --

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

-- Seleccione uno --

119. Razón por la que fue referida

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

120. Razón por la que fue referida

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

121. Tipo de nacimiento

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

122. Especifique el tipo de cesárea

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

Período posparto

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

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

Revise la sección de egreso en el expediente médico y anote los valores y fechas

124.	Registrado	Valores	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial	<input type="checkbox"/>			
Temperatura	<input type="checkbox"/>			
Pulso/frecuencia cardiaca	<input type="checkbox"/>			
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>			
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>			

Revise la sección de egreso en el expediente médico y anote si se realizaron las siguientes mediciones

125.	Registrado (si/no)
Involución uterina	<input type="checkbox"/>
Presencia de sangrado anormal o hemorragia vaginal	<input type="checkbox"/>
Características de loquios	<input type="checkbox"/>

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

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

127. Tipo de nacimiento:

- ☐ Un solo bebé
☐ Múltiple
☐ No registrado

128. Sexo del bebé:

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ No registrado

129. Sexo de los bebés:

- ☐ Masculinos
☐ Femeninos
☐ Masculino y femenino
☐ No registrado

130. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

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

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

131.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Administración de vitamina K.	<input type="checkbox"/>		
Administración de oxitetraciclina oftálmica como profilaxis o clorafenicol	<input type="checkbox"/>		
Curación del cordón umbilical con agua y clorhexidina	<input type="checkbox"/>		
Evaluación para presencia de malformaciones	<input type="checkbox"/>		
Evaluación del color de la piel	<input type="checkbox"/>		

Administración de vacuna BCG



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

132.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Medición de APGAR 1 minuto	<input type="checkbox"/>			
Medición de APGAR 5 minutos	<input type="checkbox"/>			
Pulso/frecuencia cardiaca	<input type="checkbox"/>			
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>			
Peso	<input type="checkbox"/>			
Talla	<input type="checkbox"/>			
Circunferencia cefálica	<input type="checkbox"/>			

133. Recibió la mujer anticoncepción

- ☐ Sí
☐ No
☐ Referida
☐ No registrado

134. ANTICONCEPCION

Método anticonceptivo recibido

- ☐ No se informa
☐ Referida
☐ Natural/Ritmo
☐ Condón / barrera
☐ DIU
☐ Hormonal
☐ Píldoras
☐ Ligadura tubarica
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

135. 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

136. Razón por la que fue referida:

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

137. Lugar a donde fue referida:

138. Fecha de egreso/referencia

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

139. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado
-

140. Fecha de defunción

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

141. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado
-

142. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

^

v

Usted ha llegado al final de este parte de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat