



0%



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

► ID:

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

2. Identificación 1 del entrevistador

3. Identificación 2 del entrevistador

4. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ ECOS Familiar
- ☐ ECOS Familiar y Especializado
- ☐ Hospital

5. Identificación del Departamento:

- ☐ Ahuachapan
- ☐ Cabañas
- ☐ Cuscatlan
- ☐ La Libertad
- ☐ La Paz
- ☐ La Union
- ☐ Morazan
- ☐ San Vicente

☐ Otro (ESPECIFIQUE)

6. Identificación del Municipio:

- ☐ Ahuachapan
 - ☐ Apastepeque
 - ☐ Chiltiupan
 - ☐ Cojutepeque
 - ☐ El Sauce
 - ☐ Ilobasco
 - ☐ La Libertad
 - ☐ Monte San Juan
 - ☐ San Antonio Masahuat
 - ☐ San Cristobal
 - ☐ San Esteban Catarina
 - ☐ San Francisco Gotera
 - ☐ San Ildefonso
 - ☐ San Vicente
 - ☐ Santa Maria Ostuma
 - ☐ Santa Rosa de Lima
 - ☐ Sensuntepeque
 - ☐ Sociedad
 - ☐ Tacuba
 - ☐ Tecolulca
 - ☐ Tejutepeque
 - ☐ Zacatecoluca
 - ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
-

7. Identificación de la Unidad:

- ☐ ECOS Especializado Ilobasco
- ☐ ECOS Especializado Sensuntepeque
- ☐ ECOS Especializado Tacuba
- ☐ ECOS Familiar Cerro Colorado
- ☐ ECOS Familiar Cuyantepeque
- ☐ ECOS Familiar El Sincuyo
- ☐ ECOS Familiar San Antonio
- ☐ ECOS Familiar San Lorenzo
- ☐ ECOS Familiar Agua Zarca
- ☐ ECOS Familiar Animas
- ☐ ECOS Familiar Apastepeque
- ☐ ECOS Familiar Calderas
- ☐ ECOS Familiar Chagüite
- ☐ ECOS Familiar Chiltiupan
- ☐ ECOS Familiar Copinolapa
- ☐ ECOS Familiar El Carrizal
- ☐ ECOS Familiar El Chaperno

- ☐ ECOS Familiar El Jícaro
- ☐ ECOS Familiar El Peñón
- ☐ ECOS Familiar Escuela El Rodeo
- ☐ ECOS Familiar Familiar Chunte
- ☐ ECOS Familiar Guachipilín
- ☐ ECOS Familiar Guajoyo
- ☐ ECOS Familiar Hoyos
- ☐ ECOS Familiar Huertas
- ☐ ECOS Familiar Ilobasco
- ☐ ECOS Familiar Intermedia El Sauce
- ☐ ECOS Familiar La Esperanza
- ☐ ECOS Familiar La Labranza
- ☐ ECOS Familiar La Loma
- ☐ ECOS Familiar La Magdalena
- ☐ ECOS Familiar Las Minas
- ☐ ECOS Familiar Las Palmeras
- ☐ ECOS Familiar Las Termópilas
- ☐ ECOS Familiar Llano Grande
- ☐ ECOS Familiar Los Llanitos
- ☐ ECOS Familiar Maquilishuat El Limón
- ☐ ECOS Familiar Maquilishuat Santa Lucia
- ☐ ECOS Familiar Monte San Juan
- ☐ ECOS Familiar Pandiadura
- ☐ ECOS Familiar Potreros
- ☐ ECOS Familiar Rio Grande
- ☐ ECOS Familiar San Antonio Masahuat
- ☐ ECOS Familiar San Carlos Lempa
- ☐ ECOS Familiar San Cristóbal
- ☐ ECOS Familiar San Esteban Catarina
- ☐ ECOS Familiar San Felipe
- ☐ ECOS Familiar San Francisco del Monte
- ☐ ECOS Familiar San Francisco Iraheta
- ☐ ECOS Familiar San Gregorio
- ☐ ECOS Familiar San Ildefonso
- ☐ ECOS Familiar San Jacinto
- ☐ ECOS Familiar San Jacinto La Burrera
- ☐ ECOS Familiar San Jose
- ☐ ECOS Familiar San Lorenzo
- ☐ ECOS Familiar San Nicolás
- ☐ ECOS Familiar San Nicolás
- ☐ ECOS Familiar San Nicolás
- ☐ ECOS Familiar San Nicolas Lempa
- ☐ ECOS Familiar San Pedro
- ☐ ECOS Familiar San Rafael
- ☐ ECOS Familiar Santa Cruz Paraiso

- ☐ ECOS Familiar Santa Cruz Portillo
- ☐ ECOS Familiar Santa María Ostuma
- ☐ ECOS Familiar Santa Marta
- ☐ ECOS Familiar Santa Rosita
- ☐ ECOS Familiar Sensuntepeque
- ☐ ECOS Familiar Sitio Viejo
- ☐ ECOS Familiar Sociedad
- ☐ ECOS Familiar Soledad
- ☐ ECOS Familiar Tacuba
- ☐ ECOS Familiar Talpetate
- ☐ ECOS Familiar Taquillo "Ing. Orlando Recinos"
- ☐ ECOS Familiar Tecoluca
- ☐ ECOS Familiar Tehuacan
- ☐ ECOS Familiar Tejutepeque
- ☐ ECOS Familiar Valle La Puerta
- ☐ ECOS Familiar y Especializado
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. Francisco Menéndez"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. José Luís Saca"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "San Rafael"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Santa Gertrudis"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Santa Teresa"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Cojutepeque
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Santa Rosa de Lima
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Sensuntepeque
- ☐ Unidad de Salud
- ☐ Unidad de Salud: San Antonio Masahuat
- ☐ Unidad de Salud: Sociedad
- ☐ Unidad de Salud: El Sauce
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Busque a la persona responsable de la unidad médica o la persona que tenga el más alto cargo y que esté presente en la médica. A esa persona lea el siguiente consentimiento informado y si esa persona está de acuerdo en participar en el estudio, solicítele que firme el documento.

Buen día, mi nombre es [NOMBRE]. Estamos un diagnóstico de los servicios de salud con el propósito de contribuir a mejorarlos. Su unidad médica ha sido elegida para participar en esta encuesta por lo que estamos solicitando su consentimiento para participar en ésta.

El Ministerio de Salud de El Salvador ha dado ya su aprobación para la conducción de este diagnóstico. Le haremos preguntas acerca de diversos servicios que ofrecen a la población y le pediremos ver los registros de los pacientes. Los nombres de los pacientes no se registraran, ni compartirán. La información acerca de esta unidad médica puede ser utilizada por el MINSAL u otras instituciones relacionadas, si así lo desean, para planificación y mejora de los servicios, o bien con fines de investigación. Los datos que se recopilen de esta unidad médica también se podrán proporcionar a investigadores para que realicen análisis, sin embargo, el nombre de su unidad médica no será proporcionado, solamente estarán disponibles los datos de la unidad médica. Con ello le garantizamos la total confidencialidad de la información que usted nos pueda brindar.

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria, usted tiene derecho a dejar de participar en cualquier momento y si desea no participar, no tendrá ninguna repercusión en su trabajo o su relación futura con el MINSAL.

Estamos solicitando su ayuda para asegurarnos de que la información que recopilamos sea precisa. Si hay preguntas para las cuales alguna otra persona sea más adecuada para proporcionar la información, le agradeceríamos que nos presente a esa persona.

¿Tiene alguna pregunta acerca de la encuesta?

¿Tengo su consentimiento para continuar?

8. ¿Se obtuvo consentimiento?

- ☐ Sí
☐ No

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.

Por favor introduce dentro de cada sección - si esta sala o servicio no está disponible indicarlo en el apartado correspondiente

9. 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 (de 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

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

- ☐ Sí
☐ No

Atención prenatal y post-natal

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

Características de las áreas físicas:



(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

| 13. | Observado | Total observados | Total funcionando |
|---|--------------------------|------------------|-------------------|
| Báscula | <input type="checkbox"/> | | |
| Báscula de pie con tallímetro | <input type="checkbox"/> | | |
| Tallímetro o Estadímetro | <input type="checkbox"/> | | |
| Mesa (cama) para exploración ginecológica | <input type="checkbox"/> | | |
| Cinta obstétrica del CLAP / cinta métrica | <input type="checkbox"/> | | |
| Lámpara de mano / lampara de cuello de ganso / foco de mano | <input type="checkbox"/> | | |

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

| | |
|------------------------------------|--|
| 15. | Observado |
| Historia clínica materno perinatal | <input type="checkbox"/>  |
| Carnet o tarjeta materno perinatal | <input type="checkbox"/>  |

| (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"/> |

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"/> |

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

http://127.0.0.1:13124/Previewer/Survey.aspx?XmlDocument=-internal-SM2015_SLV_H... 2/11/2014

Solicite ver los registros de mujeres en atención postparto

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Sala de expulsión o nacimiento

20. Solicite ver la sala de atención de parto o sala de expulsión.

- ☐ 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

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

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

22. 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"/> |

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

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Sala de atención de emergencias

24. Solicite ver las áreas donde se atienden a los partos (normales o complicados):
(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
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

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

| 25. | Observado | Total observados | Total funcionando |
|---|---|----------------------|----------------------|
| Tensiómetro | <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 o estetoscopio neonatal | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dopler portátil | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Esterilizador de calor seco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tanque de oxígeno | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Bolsa de reanimación para adulto | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Bolsa de resucitación neonatal | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Laringoscopio | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Equipo para AMEU | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Equipos para Anestesia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Equipo básico para legrado uterino | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

26. Observado Funcionando

Suministro de oxígeno central ☐ ☐

| 27. | Observado | Total observados | Total funcionando |
|-----------------------|---|----------------------|----------------------|
| Estetoscopio neonatal | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| 28. | Observado | Total observados | Total funcionando |
|------------------------|---|----------------------|----------------------|
| Estetoscopio de pinard | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| 29. | Observado | Total observados | Total funcionando |
|-----------|---|----------------------|----------------------|
| Autoclave | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Área o Sala de atención para niños

30. Solicite ver las salas donde se atienden 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:

| 31. | Observado | Total observados | Total funcionando |
|--|--|------------------|-------------------|
| Báscula para adultos | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Báscula con infantómetro | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Termómetro con báscula /báscula de calzon para bebes | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Báscula de pie para niños | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Tallímetro o Estadimetro | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Estetoscopio | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Estetoscopio pediátrico | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Oto-oftalmoscopio | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Lámpara de mano/lámpara de cuello de ganso | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Camilla o mesa para examen | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Cinta métrica | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Equipo de nebulización | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |

| 32. | Observado | Total observados | Total funcionando |
|--|--|------------------|-------------------|
| Báscula con infantómetro | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Báscula de pie para niños | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Termómetro con báscula /báscula de calzon para bebes | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Tallímetro o Estadimetro | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Tensiómetro pediátrico | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Tensiómetro neonatal | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Estetoscopio pediátrico | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Lámpara de mano/lámpara de cuello de ganso/foco de mano | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Estetoscopio biauricular para recién nacidos | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Martillo de reflejos | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|----------------------------|----------------------------|--|--|
| | | | |
| Negatoscopio | <input type="checkbox"/> ▼ | | |
| Oto-oftalmoscopio | <input type="checkbox"/> ▼ | | |
| Camilla o mesa para examen | <input type="checkbox"/> ▼ | | |
| Cinta métrica | <input type="checkbox"/> ▼ | | |
| Equipo de nebulización | <input type="checkbox"/> ▼ | | |

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

33. Observado

Termómetro oral ☐ ▼

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

34. Observado

Termómetro axilar ☐ ▼

35. 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"/> |

36. 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

37. 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

38. 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

39. 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"/> |

40. 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

41. Por favor verifique si esta unidad médica guarda vacunas, o las vacunas son recogidas de otra unidad médica o son entregadas a la unidad cuando van a ser aplicadas. (Recuerde que conservar vacunas por solo 1-2 días antes de su uso, no se considera como guardar de vacunas)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

42.

Cantidad utilizada para
el almacenamiento de vacunas

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó
mostrar

0 = ninguno; -2 = rechazó
mostrar

Refrigerador eléctrico

Refrigerador de
querosén

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"/> |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| 43. | Cantidad utilizada NO para el almacenamiento de vacunas 0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar | 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

| | | |
|--|---|--|
| 44. | Cantidad 0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar | Funcionando 0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar |
| Termómetros digitales | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Termómetros de mercurio | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especifique) <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

45. A que distancia de la pared están ubicadas las refrigeradores?

- ☐ menos de 10 cm
☐ 10-30 cm
☐ más de 30 cm
☐ no sabe
☐ se negó a mostrar

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

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

47. 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

48. 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

49. Verifique los siguientes kardex de abastacimient o 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 neumococcico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| BCG | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Verifique el abastecimiento de las siguientes vacunas para hoy:

50. Abasto observado

| | |
|--|---|
| Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Polio | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| SRP (sarampión, rubeola y parotiditis) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Influenza | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Rotavirus | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Conjugado neumocóccico | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| BCG | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

51. Observado

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

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

52. 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) ☐ ☐

53. 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) ☐ ☐

54. 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:

55. 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

56. 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

57. 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
-

58. 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
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

60. 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:

61. 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
-

62. 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
-

63. 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
-

64. 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
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

66. 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:

67. 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
-

68. 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
-

69. 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
-

70. 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
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

72. 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:

73. 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
-

74. 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
-

75. 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
-

76. 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
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

78. 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:

79. 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
-

80. 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
-

81. 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
-

82. 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
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

84. 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:

85. 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
-

86. 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
-

87. 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
-

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 #7, 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. 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
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

96. 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:

97. 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
-

98. 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
-

99. 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
-

100. 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
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

102. 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:

103. 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
-

104. 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
-

105. 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
-

106. 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
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

108. 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:

109. 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
-

110. 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
-

111. 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
-

112. 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
-

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

- ☐ Especificar acción:
 - ☐ No registrado
-

114. 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 Planificación familiar

115. 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
-

116. 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
-

117. 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, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

118. Observado Total observados

Kit para inserción de DIU

Anote la existencia de los siguientes equipos:

119. Observado

| | |
|--|----------------------|
| Condón masculino | <input type="text"/> |
| Condón femenino | <input type="text"/> |
| Pastillas combinadas | <input type="text"/> |
| Pastillas con solamente progestina | <input type="text"/> |
| Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes) | <input type="text"/> |
| Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon) | <input type="text"/> |
| Píldoras anticonceptivas de emergencia | <input type="text"/> |
| Espermicidas | <input type="text"/> |
| Diafragma | <input type="text"/> |
| Dispositivo intrauterino | <input type="text"/> |
| Otras (especifique): <input type="text"/> | <input type="text"/> |

120. Observado

| | |
|--|----------------------|
| Condón masculino | <input type="text"/> |
| Condón femenino | <input type="text"/> |
| Pastillas combinadas | <input type="text"/> |
| Pastillas con solamente progestina | <input type="text"/> |
| Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes) | <input type="text"/> |
| Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon) | <input type="text"/> |
| Píldoras anticonceptivas de emergencia | <input type="text"/> |
| Dispositivo intrauterino | <input type="text"/> |
| Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant) | <input type="text"/> |
| Espermicidas | <input type="text"/> |
| Diafragma | <input type="text"/> |
| Otras (especifique): <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

121. 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"/> |

122.

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) ☐ ☐

123.

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) ☐ ☐

124.

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) ☐ ☐

125.

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) ☐ ☐

126.

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) ☐ ☐

127.

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) ☐ ☐

128.

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) ☐ ☐

129. 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) ☐ ☐

130. 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) ☐ ☐

131. 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) ☐ ☐

132. 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) ☐ ☐

133. 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) ☐ ☐

134. Kit para inserción de DIU

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) ☐ ☐

135. 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

136. 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

137. 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

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

| (ANOTE UNA OPCIÓN PARA CADA PREGUNTA) | Observada | No observada | Se negó a mostrar |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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"/> |

Área de diagnostico por imagen

139. Solicite ver la área de diagnóstico por imagines:

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
- ☐ Area no privada
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

140.

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"/> |

141.

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"/> |

Farmacia

Registre si se observaron los siguientes insumos

142.

Acido fólico

Hierro

Multivitamínicos otros

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

Láminas porta objetos

Nitrofurantoina

Cefalaxina 500 mg

Observado

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Registre si se observaron los siguientes insumos

143.

Multivitamínico

Acido fólico

Hierro

Observado

☐ ☐ ☐

Otros micronutrientes

☐

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

☐

Láminas porta objetos

☐

Nitrofurantoina

☐

Cefalexina

☐

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

144. Verifique los siguientes kardex u otro registro:

| | Kardex observado | Kardex no observado |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hierro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Multivitamínicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nitrofurantoina | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cefalaxina | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

145.

Multivitamínicos

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)

☐

146.

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)

☐

147.

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)

☐

148.

Cefalaxina

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)

☐

149.

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)

☐

150. 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) ☐ ☐

151. Multivitamínico Cefalexina 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) ☐ ☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

152. Observado

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐ ☐

Sulfato ferroso en gotas ☐ ☐

Suplementos de zinc ☐ ☐

Albendazol ☐ ☐

Amoxicilina ☐ ☐

Ampicilina ☐ ☐

Antihelmíntico ☐ ☐

153. Observado

Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐ ☐

154. Observado

Mebendazol ☐

155. Observado

Eritromicina ☐

156. Observado

Penicilina benzatinica ☐

157. Observado

Cefalexina ☐ ☐

158. Observado

Azitromicina ☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

159. Observado

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐ ☐

Sulfato ferroso en gotas ☐ ☐

Suplementos de zinc

☐ ☐

Albendazol

☐ ☐

Antihelmíntico

☐ ☐

160. Observado

Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐ ☐

161. Observado

Mebendazol ☐ ☐

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

162. Verifique los siguientes kardex u otro registro:

| | Kardex observado | Kardex no observado |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Suplementos de zinc | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Albendazol | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mebendazol | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Antihelmintico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

163. Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes)

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. Suplementos 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) ☐ ☐

165. Antihelmíntico

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. 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) ☐ ☐

167. 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) ☐ ☐

168. Sales de rehidratación oral (sobres/
plaquetes)

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. Suplementos 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) ☐ ☐

170. 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) ☐ ☐

171. 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) ☐ ☐

172. Antihelmíntico

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) ☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

173. Observado

Adrenalina ☐ ☐

Cristaloides isotónicos (solución salina o lactato de Ringer) para expansión de
volumen ☐ ☐

Bicarbonato de sodio
Hidrocloruro de naloxona
Dextrosa
Solución salina normal para lavado
Ergotamina
Atropina
Dexametazona ampolla
Amoxicilina
Ungüento oftálmico de tetraciclina
Hidralacina
Furosemide: Ampollas y tabletas
Difenilhidantoina Sódica (Fenitoina)
Diazepam
Sulfato de Magnesio
Fenobarbital sódico
Atropina Sulfato
Midazolam Clorhidrato
Flumazenil
Ketamina Clorhidrato Solución Inyectable
Sevofluran
Oxido Nitroso Gas
Tiopental sódico
Succinilcolina Cloruro (Suxametonio)
Betametasona

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

174. Observado

Oxitocina ☐ ▼

175. Observado

Ampicilina ☐ ▼

176. Observado

Amikacina sulfato ☐ ▼

177. Observado

Bencilpenicilina G cristalina ☐ ▼

178. Observado

Ceftriaxone ☐ ▼

179. Observado

Clindamicina ☐ ☐

180. Observado

Cefalexina ☐ ☐

181. Observado

Cefazolina ☐ ☐

182. Observado

Cloranfenicol ☐ ☐

183. Observado

Dicloxacilina ☐ ☐

184. Observado

Doxyciclina ☐ ☐

185. Observado

Gentamicina ☐ ☐

186. Observado

Metronidazol ☐ ☐

187. Observado

Hidralacina clorhidrato ☐ ☐

188. Observado

Alfametil dopa ☐ ☐

189. Observado

Propanolol ☐ ☐

190. Observado

Nifedipina ☐ ☐

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

191. Verifique los siguientes kardex o registro:

| | Kardex observado | Kardex no observado |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Oxitocina | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ergometrina ergobasina | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

192. 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) ☐ ☐

193. 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) ☐ ☐

Servicios de laboratorio

194. 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

195. Observado

Microscopio de campo oscuro ☐ ☐

Equipo para inmunoensayo de enzimas ☐ ☐

Tirillas para detección de proteína en orina ☐ ☐

Microscopio de fluorescencia ☐ ☐

Equipo de análisis de orina ☐ ☐

Glucómetro ☐ ☐

Contador de células automatico ☐ ☐

196. Observado

Microscopio de campo oscuro ☐ ☐

Equipo para inmunoensayo de enzimas ☐ ☐

Microscopio de fluorescencia ☐ ☐

Equipo de análisis de orina ☐ ☐

Glucómetro ☐ ☐

Contador de células automático ☐ ☐

197. 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

198.

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) ☐ ☐

199.

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) ☐ ☐

Área de disposición de desechos biológicos peligrosos

200. 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

201. 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

202. Pida ver los autoclaves.

- ☐ Observado, número:

-
- ☐ No observado
 - ☐ Se niega a mostrar

Características generales de la unidad de salud

203. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarla

204. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

- ☐ Sí, funciona
- ☐ No funciona
- ☐ No sabe

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


- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

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.

206. 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

207. 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