

0%**BID****Banco Interamericano de Desarrollo****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. Identificación del centro:

- ☐ Comitancillo / Comitancillo
- ☐ Concepción Tutuapa / Concepción Tutuapa
- ☐ Sibinal / Sibinal
- ☐ Tajumulco / Tajumulco
- ☐ Ixchiguan / Ixchiguan
- ☐ San José Ojetenam / San José Ojetenam
- ☐ Santiago Chimaltenango / San Pedro Necta
- ☐ San Idelfonso Ixtahuacán / San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ Santa Barbara / Santa Barbara
- ☐ San Miguel Acatán / San Miguel Acatán
- ☐ Todos Santos Cuchumatán / Todos Santos Cuchumatán
- ☐ San Juan Atitán / San Juan Atitán
- ☐ San Mateo Ixtatán / San Mateo Ixtatán
- ☐ Colotenango / Colotenango
- ☐ San Sebastian Huehuetenango / San Sebastian Huehuetenango
- ☐ San Rafael Petzal / San Rafael Petzal
- ☐ San Gaspar Ixchil / San Gaspar Ixchil
- ☐ San Miguel Ixtlahuacán / San Miguel Ixtlahuacán
- ☐ Tacaná / Tacaná
- ☐ La Reforma / La Reforma
- ☐ San Lorenzo / San Lorenzo
- ☐ Nuevo Progreso / Nuevo Progreso
- ☐ San Rafael la Independencia / San Rafael la Independencia
- ☐ Barillas / Santa Cruz Barillas
- ☐ Santiago Chimaltenango / Santiago Chimaltenango
- ☐ Hospital Nacional de San Marcos
- ☐ Hospital Regional de Quetzaltenango
- ☐ Hospital Nacional de Malacatan
- ☐ Hospital Distrital de San Pedro Necta
- ☐ Hospital Nacional de Huehuetenango
- ☐ El Zapote / San Miguel Ixtahuacán
- ☐ Santa Eulalia / Santa Eulalia

- ☐ Lajchunaj / Santa Eulalia
- ☐ Wayacoy / Santa Eulalia
- ☐ Nueva Esperanza / Barillas
- ☐ San Sebastian Coatan / San Sebastian Coatan
- ☐ Chacolín / Barillas
- ☐ Buena Vista / Nuevo Progreso
- ☐ Palajachuj / San Sebastian Huehuetenango
- ☐ San Jose Pueblo Nuevo / San Sebastian Coatan
- ☐ Jolomtaj / Barillas
- ☐ San Rafael Tacana / Tacaná
- ☐ Istinajap / San Rafael la Independencia
- ☐ Tuichan / Ixchiguan
- ☐ Tuimuj / Comitancillo
- ☐ Pueblo Nuevo / Tajumulco
- ☐ Belajuyape / Concepción Tutuapa
- ☐ El Papal / San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ San Rafael Iguil / San José Ojetenam
- ☐ Tuiladrillo / Ixchiguan
- ☐ Choanla / San José Ojetenam
- ☐ San Andres / Ixchiguan
- ☐ Tuimuca / Concepción Tutuapa
- ☐ Bulej / San Mateo Ixtatán
- ☐ Tuilelén / Comitancillo
- ☐ Taquina / San Miguel Atacán
- ☐ Tuizmo / Concepción Tutuapa
- ☐ Yolcultac / San Mateo Ixtatán
- ☐ Michicoy / San Pedro Necta
- ☐ SanMartin / Todos Santos Cuchumatan
- ☐ La Laguna / Concepción Tutuapa
- ☐ Yamoj / Concepción Tutuapa
- ☐ Choapequez / Ixchiguan
- ☐ Ixconlaj / Colotenango
- ☐ Canul / San Miguel Acatán
- ☐ Tuiquinamble / Ixchiguan
- ☐ Checambá / Sibinal
- ☐ Tuichuna / Concepción Tutuapa
- ☐ Chicajalaj / Comitancillo
- ☐ Lacandon / Concepción Tutuapa
- ☐ Chenicham III / San Miguel Acatán
- ☐ Ixquisis / San Mateo Ixtatán
- ☐ Buena Vista / Concepción Tutuapa
- ☐ Porvenir Candelaria / Comitancillo
- ☐ Totaná / Tajumulco
- ☐ Quixic II / San Miguel Acatán
- ☐ Unidad Movil 284-2013 / Tacana
- ☐ Unidad Movil 315-2013 / Tacana
- ☐ Unidad Movil 285-2013 / Tacana
- ☐ Unidad Movil 341-2013 / Santa Cruz Barillas
- ☐ Unidad Movil 293-2013 / Tajumulco
- ☐ Unidad Movil 352-2013 / San Rafael Petzal
- ☐ Unidad Movil 336-2013 / San Mateo Ixtatán
- ☐ Unidad Movil 356-2013 / Santa Barbara
- ☐ Unidad Movil 378-2013 / Todos Santos Cuchumatan
- ☐ Unidad Movil 335-2013 / San Miguel Acatán
- ☐ Unidad Movil 292-2013 / Tajumulco
- ☐ Unidad Movil 321-2013 / San Miguel Acatán
- ☐ Unidad Movil 337-2013 / San Miguel Ixtatán
- ☐ Unidad Movil 344-2013 / San Miguel Ixtatán
- ☐ San Ramón / Huehuetenango
- ☐ Nuca / Huehuetenango
- ☐ Yulatizú / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 324-3013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 323-3013 / Huehuetenango

- ☐ Tuichoquel / San Marcos
- ☐ La Torre Tuichilupe / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 291-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 290-2013 / San Marcos
- ☐ Antiguo Tutuapa / San Marcos
- ☐ Soche / San Marcos
- ☐ Los Encuentros / San Marcos
- ☐ Tuijoj / San Marcos
- ☐ San Antonia Ixchiguan / San Marcos
- ☐ Calapte / San Marcos
- ☐ Once de Mayo / San Marcos
- ☐ Bexoncan / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 295-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 294-2013 / San Marcos
- ☐ Santa Clara / San Marcos
- ☐ San Jose Ixtal / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 311-2013 / San Marcos
- ☐ El Triunfo / San Marcos
- ☐ Sicabe Bella Vista / San Marcos
- ☐ El Salitre / San Marcos
- ☐ Chuená / San Marcos
- ☐ Tierra Colorada / Huehuetenango
- ☐ Acal / Huehuetenango
- ☐ Chiquilila / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 380-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 325-2013 / Huehuetenango
- ☐ Pavolaj / San Marcos
- ☐ San Fernando / San Marcos
- ☐ Esquipulas / San Marcos
- ☐ Laguna Grande / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 353-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 354-2013 / Huehuetenango
- ☐ Río Blanco / San Marcos
- ☐ Santa Rosa / San Marcos
- ☐ Cerro Grande / San Marcos
- ☐ Ixlahuitz Coyá II / Huehuetenango
- ☐ San Sebastian Coatan / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 317-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 357-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 358-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 365-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 322-2013 / Huehuetenango
- ☐ Sheshap / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 350-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 351-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 355-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 339-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 340-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 320-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 319-2013 / Huehuetenango
- ☐ Sacpic / Huehuetenango
- ☐ Cruz Quemada / Huehuetenango
- ☐ Ixcana / Huehuetenango
- ☐ Quixabaj / Huehuetenango
- ☐ Michicoy / Huehuetenango
- ☐ Chocabj / San Marcos
- ☐ San Antonio Barranca / San Marcos
- ☐ Maria Cecilia / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 318-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 314-2013 / San Marcos
- ☐ La Esperanza / San Marcos
- ☐ San Pablo Toaca / San Marcos
- ☐ Tojcheche / San Marcos

- ☐ Sajqim / San Marcos
- ☐ Canchicupe / San Marcos
- ☐ San José la Paz / San Marcos
- ☐ Tocuto / San Marcos
- ☐ Champache / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 288-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 289-2013 / San Marcos
- ☐ Otro



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Centro comunitario
- ☐ Centro de Salud
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Unidad mínima de Salud
- ☐ Centro de convergencia
- ☐ CAP
- ☐ CAIMI
- ☐ CENAPA
- ☐ Hospital

#### Preguntas generales

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



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

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

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



7. Fecha de última menstruación

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

Este expediente de atención prenatal no es elegible. Para expedientes de atención prenatal, solo nos interesan casos mas recientes, con FUM entre 7/2012-10/2013.

Ha indicado que la fecha de última menstruación fue . Por favor revisa expedientes con **fecha de última menstruación** entre 01/07/2012 - 31/10/2013

Este expediente de parto o atención posnatal no es elegible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue , pero solo nos interesan partos en los últimos dos años.

Por favor revisa expedientes con **fecha de última menstruación** entre 01/11/2011 - 31/01/2014.



8. Edad de mujer

- ☐ Edad:
- ☐ No registrado




9. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeto
- ☐ No registrado



10. Educación

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


-  11. Estado civil/ familiar:
- ☐ Soltera
  - ☐ Casada
  - ☐ Divorciada
  - ☐ Viuda
  - ☐ Acompañada
  - ☐ Otro (especificar):
  - ☐ No registrado


-  12. 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, revise sus respuestas.


Fecha de última menstruación:


Fecha de primera visita a atención prenatal:


-  13. Antitetánica vigente:
- ☐ Sí
  - ☐ No
  - ☐ No registrado


-  14. Se administró toxoide tetánico:
- (SELECCIONE UNO POR FILA):
- |            | Sí                    | No                    |
|------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.ra dosis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.a dosis  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |


#### Consultas de atención prenatal


-  15. Revise la sección de atención prenatal del expediente y marque el número de visitas de atención prenatal que tuvo la mujer:
- ☐ Número:
  - ☐ No registrado

-  16. ¿Fue referida la mujer desde otra unidad médica?
- Seleccione uno --

-  17. Registre quién dio la atención prenatal durante **la primera visita**
- ☐ Médico
  - ☐ Enfermera
  - ☐ Partera
  - ☐ Trabajador de salud comunitario
  - ☐ Pasante de servicio social
  - ☐ Auxiliar de enfermería
  - ☐ Otro (especificar)
  - ☐ No registrado

-  18. 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

-  19. Edad gestacional
- ☐ Semanas:
  - ☐ No registrado

-  20. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<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

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

Frecuencia cardiaca fetal

Movimiento fetal

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

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

23. 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

24. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. 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 cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


26. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado


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

- ☐ Médico


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

 28. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa 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

 29. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 30. 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 cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 31. Edad gestacional


- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

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


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

 33. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa 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


 34. Edad gestacional

- ☐ Semanas:   
☐ No registrado


 35. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  36. 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 cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  37. Registre quién dio la atención prenatal durante la quinta visita


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

-  38. Edad gestacional


- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

-  39. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  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 segunda visita**.

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

-  41. 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 cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  42. Registre quién dio la atención prenatal durante la sexta visita


- ☐ Médico




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

 43. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa 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

 44. Edad gestacional


- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

 45. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 46. 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"/>

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


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

 48. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa 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


 49. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado


 50. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  51. 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.


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

-  52. Registre quién dio la atención prenatal durante la octava visita


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

-  53. 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

-  54. Edad gestacional


- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

-  55. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


-  56. 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 cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


-  57. Registre quién dio la atención prenatal durante la novena visita

- ☐ Médico


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

-  58. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa 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


-  59. Edad gestacional
- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

-  60. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  61. 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 cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  62. Registre quién dio la atención prenatal durante la décima visita

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


-  63. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa 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

-  64. Edad gestacional
- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

-  65. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  66. 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 cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  67. Registre quién dio la atención prenatal durante la undécima visita


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

-  68. 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

-  69. Edad gestacional


- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

-  70. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


-  71. 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 cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


-  72. Registre quién dio la atención prenatal durante la duodécima visita

- ☐ Médico


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

 73. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa 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

 74. Edad gestacional


- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

 75. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 76. 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 cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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


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

 78. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa 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


 79. Edad gestacional

- ☐ Semanas:   
☐ No registrado


 80. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  81. 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"/>

-  82. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita


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

-  83. 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

-  84. Edad gestacional


- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

-  85. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


-  86. 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"/>


-  87. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita

- ☐ Médico


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

-  88. 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


-  89. Edad gestacional  
☐ Semanas:   
☐ No registrado

-  90. 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"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-  91. 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"/>

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


	Sí	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"/>
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"/>
Acido urico en la orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido urico en la sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


-  93. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?  
☐ Nacimiento  
☐ Aborto


- ☐
- ☐ Mortinato
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado
- 


**Atención al nacimiento**


-  94. Fecha de ingreso
- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado
- 


-  95. Hora de ingreso
- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado
- 


-  96. ¿Mujer llegó en expulsivo o es cesárea electiva?
- ☐ Si
- ☐ Parto inminente
- ☐ Cesárea Programada
- ☐ No
- ☐ No registrado
- 

-  97. Fecha en que ocurrió el nacimiento
- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado
- 

-  98. Hora en que ocurrió el nacimiento
- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado
- 


-  99. Mujer acompañada por una trabajadora comunitaria para atender el nacimiento en la unidad médica
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado
- 


-  100. Mujer acompañada por una partera para atender el nacimiento en la unidad médica
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado
- 

-  101. Anote quién atendió el nacimiento
- ☐ Médico general
- ☐ Obstetra
- ☐ Partera
- ☐ Enfermera
- ☐ Otro
- ☐ 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. Registre si se hizo masaje uterino después del nacimiento
- ☐ Si
- ☐ No


-  107. Tiempo de pinzamiento de cordón
- ☐ 90 segundos
- ☐ Otro (especificar)  segundos
- ☐ No registrado


-  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                                  | <input type="checkbox"/> |
| Curva completa hasta el momento del nacimiento         | <input type="checkbox"/> |
| Representación gráfica de la frecuencia cardíaca fetal | <input type="checkbox"/> |
| Gráfica de la frecuencia de contracciones uterinas     | <input type="checkbox"/> |
| Interpretación de cambios en contracciones uterinas    | <input type="checkbox"/> |
| Tensión arterial sistólica                             | <input type="checkbox"/> |
| Tensión arterial diastólica                            | <input type="checkbox"/> |
| Pulso  | <input type="checkbox"/> |
| Presentación del bebé                                  | <input type="checkbox"/> |
| Intensidad de las contracciones                        | <input type="checkbox"/> |
| Localización del dolor                                 | <input type="checkbox"/> |
| Intensidad del dolor                                   | <input type="checkbox"/> |

-  110. Registrado
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| ¿Registro de frecuencia cardíaca fetal y curva de alerta? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Dilatación > 4.5 cm?                                     | <input type="checkbox"/> |
| ¿Frecuencia cardíaca fetal < 120 lpm?                     | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se superó la curva de alerta?                            | <input type="checkbox"/> |

-  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 cristaloides (aplicación de suero)
- ☐ Uso de beta-bloqueadores
- ☐ Ruptura artificial de membranas
- ☐ Omitir oxitocina
- ☐ Otro: especificar

-  113. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si dilatación > 4.5 cm?
- ☐ Sí
- ☐ No

-  114. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si se superó la curva de alerta?


- ☐ Sí  
☐ No

---

 115. ¿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

---

 116. ¿Se observe un descenso en la frecuencia cardiaca fetal?


-- Seleccione uno -- 

---

 117. Registre qué se hizo si hubo descenso de la frecuencia cardiaca fetal


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

---

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


-- Seleccione uno -- 

---

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


-- Seleccione uno -- 

---

 120. Razón por la que fue referida


- ☐ Baja frecuencia cardiaca 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. Razón por la que fue referida

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

---

 122. 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

---

123. 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



124. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

- ☐ Nacimiento  
☐ Mortinato  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado



125.

	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"/>
Involución uterina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-1 <input type="text"/> 10
Presencia de sangrado anormal o hemorragia vaginal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Características de loquios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diuresis espontánea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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



126.

	Registrado (si/no)	Valores	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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



127.

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



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

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

129. Tipo de nacimiento:

- ☐ Un solo bebé  
☐ Múltiple  
☐ No registrado

130. Recibió la mujer anticoncepción

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ Referida  
☐ No registrado

131. Sexo del bebé:

- ☐ Masculino  
☐ Femenino  
☐ No registrado

132. Sexo de los bebés:

- ☐ Masculino  
☐ Femenino  
☐ Masculino y femenino  
☐ No registrado

133. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Practicante 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

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

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

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

136. Método anticonceptivo recibido


- ☐ Condón
- ☐ DIU
- ☐ Píldoras
- ☐ Ligadura de trompas
- ☐ Ritmo
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

---

 137. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:


- ☐ Traslado a otro establecimiento de salud
- ☐ Egreso contraindicado
- ☐ Muerte
- ☐ Se dio de alta
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

---


 138. Razón por la que fue referida:

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

---


 139. Lugar a donde fue referida:

---

 140. Fecha de egreso/referencia


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

---

 141. Hora de egreso/referencia


- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

---

 142. Fecha de defunción


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

---

 143. Hora de defunción


- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

---

 144. Resultado final de la estancia del niño en el hospital:


- ☐ Murió en el hospital
- ☐ Egresó para su casa
- ☐ Transferida a otra unidad médica
- ☐ Egreso contra las indicaciones médicas
- ☐ Desconocido
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado


---


 145. Razón por la que fue referida:


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


---


 146. Lugar a donde fue referida:

-  147. Fecha de egreso/referencia
- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado
- 

-  148. Hora de egreso/referencia
- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado
- 

-  149. Fecha de defunción
- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado
- 

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

-  151. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue . Por favor revisa expedientes con fecha de última menstruación entre 01/11/2011 - 31/01/2014

**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