

0%**BID**

Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

ID:

1. Identificación del centro:

- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Concepcion De Maria
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / El Pacon
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / El Jicarito
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / La Guaruma
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Palo Solo
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / San Benito Nuevo
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / La Majada
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Monte Oscuro
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Madrigales
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Los Llanitos
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / El Terrero
- ☐ Choluteca / Concepción de Maria / Concepcion De Maria
- ☐ Choluteca / Duyure / Duyure
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ San Marcos de Colon
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ Duyusupo
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ La Primavera
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ La Trementina
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ San Francisco
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ Las Cañas
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ An Jose De Caire
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ El Trapiche
- ☐ Choluteca / San Marcos de Colon/ San Marcos De Colon
- ☐ Comayagua / San José de Comayagua/ Bo. Abajo
- ☐ Comayagua/ San José de Comayagua/ Bo. El Centro
- ☐ Comayagua / Taulabe/ Jardines
- ☐ Comayagua / Taulabe/ Bo. Las Acasias
- ☐ Comayagua / Taulabe/ Bo. Las Acasias
- ☐ Copán / Cabañas / Cabañas
- ☐ Copán / Cabañas / Rio Negro
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Copán Ruinas
- ☐ Copán / Copán Ruinas / El Cisne
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Nueva Armenia
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Las Flores
- ☐ Copán / Copán Ruinas / Rincon Del Buey
- ☐ Copán / Copán Ruinas / San Miguel Virginia
- ☐ Copán / La Jigua / Concepcion Barranca
- ☐ Copán / La Jigua / Aldea Nueva
- ☐ Copán / La Jigua / La Jigua
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Chalmeca
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / La Entrada
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Los Tangos
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Nueva Arcadia
- ☐ Copán / Nueva Arcadia / Barrio De La Entrada Copan
- ☐ Copán / San Antonio / San Antonio
- ☐ Copán / San Antonio / San Joaquin
- ☐ Copán / San Jeronimo / San Jeronimo
- ☐ Copán / San Jeronimo / La Esperanza
- ☐ Copán / San Nicolas / San Nicolas
- ☐ Copán / San Nicolas / El Modelo
- ☐ Copán / Santa Rita / Santa Rita
- ☐ Copán / Santa Rita / El Zapote
- ☐ Copán / Santa Rita / Rio Amarillo
- ☐ Copán / Santa Rita / Otuta
- ☐ Copán / Santa Rita / Mirasol

- ☐ Copán / Santa Rita / Hospital Regional
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / El Llano
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Peña Blanca
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Las Flores
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Santa Cruz De Yojoa
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Yojoa
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / San Isidro
- ☐ Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Los Caminos
- ☐ Intibucá / Concepción / Concepción
- ☐ Intibucá / Concepción / Guanijiquil
- ☐ Intibucá / Concepción / Jiquinlaca
- ☐ Intibucá / Magdalena / Magdalena
- ☐ Intibucá / San Antonio / San Antonio
- ☐ Intibucá / San Antonio / Santa Teresa
- ☐ Intibucá / San Antonio / San José
- ☐ Intibucá / San Miguelito / San Miguelito, Intibucá
- ☐ Intibucá / San Miguelito / Chupucay
- ☐ Intibucá / Santa Lucía / Santa Lucía
- ☐ La Paz / Aguanqueterique / Aguanqueterique
- ☐ La Paz / Aguanqueterique / Barrancaray
- ☐ La Paz / Aguanqueterique / Llanos De Candelaria
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Santiago de Puringla
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Hornitos
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Cedritos
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / Ocotal
- ☐ La Paz / Santiago de Puringla / San Antonio De Santiago
- ☐ Lempira/ Candelaria / Bo. San Francisco
- ☐ Lempira / Candelaria / San Lorenzo Centro
- ☐ Lempira / Candelaria / San Francisco Centro
- ☐ Lempira / Candelaria / Bo. San Francisco
- ☐ Lempira / Cololaca / Cololaca Centro
- ☐ Lempira / Cololaca / Malsincales Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Gualcinse Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Tixila Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Santo Tomas Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Plan Grande Centro
- ☐ Lempira / Gualcinse / Bo. Calvario
- ☐ Lempira / Guarita / San Antonio Mapulaca Centro
- ☐ Lempira / Guarita / Piraera Centro
- ☐ Lempira / Guarita / San Sebastian Centro
- ☐ Lempira / Guarita / San Felipe Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / San Simon Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / Sunsunlaca Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / Santiago Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / San Francisco Centro
- ☐ Lempira / La Iguala / Cruz Concordia Centro
- ☐ Lempira / La Virtud / Bo. La Libertad
- ☐ Lempira / La Virtud / Corante Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / Guanajulque Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / San Jose Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / Bo. 24 De Octubre
- ☐ Lempira / Lepaera / Bo. El Calvario
- ☐ Lempira / Lepaera / Chorrera Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / Santa Cruz Centro
- ☐ Lempira / Lepaera / San Ramon Centro
- ☐ Lempira / Mapulaca / Gualcinse Centro
- ☐ Lempira / Mapulaca / Talgua Centro
- ☐ Lempira / Piraera / Tenango Centro
- ☐ Lempira / Piraera / Bo. Centro
- ☐ Lempira / Piraera / Chinquin Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / Terlaca Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / Olosingo Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / La Campa Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / Mescalio Centro
- ☐ Lempira / San Andrés / La Iguala Centro
- ☐ Lempira / San Juan Guarita / Lagunas De La Iguala Centro
- ☐ Lempira / San Juan Guarita / Taragual Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / San Bartolo Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. El Centro
- ☐ Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. El Centro
- ☐ Lempira / San Marcos de Caiquin / Las Flores Centro
- ☐ Lempira / San Marcos de Caiquin / Mercedes Centro
- ☐ Lempira / San Sebastián / El Carmen Centro
- ☐ Lempira / San Sebastián / Jagua Centro

- ☐ Lempira / Tambla / Tambla Centro
☐ Lempira / Tomalá / Bo. El Centro
☐ Lempira / Tomalá / San Critobal Centro
☐ Lempira / Valladolid / Valladolid Centro
☐ Lempira / Virginia / Virginia Centro
☐ Lempira / Virginia / Agua Zarca Centro
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Dulce Nombre De Culmi

- ☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Colonia
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Pisijire
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Pueblo Viejo
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / El Cerro
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Paulaya
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Las Marias
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Mata De Maiz
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Llorona
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Subirana
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Wasparani
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Campana
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Yorito
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / San Jose Del Guano
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Buenos Aires
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Nueva Esperanza
☐ Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Rio Chiquito
☐ Santa Bárbara / San Marcos /San Francisco De Los Valles
☐ Santa Bárbara / San Marcos / San Marcos
☐ Santa Bárbara / San Marcos / Potrerillos
☐ Santa Bárbara / San Marcos / Sitio Viejo
☐ Santa Bárbara / San Marcos / San Marcos
☐ Valle / Langue / Langue
☐ Valle / Langue / Concepcion De Maria
☐ Valle / Langue / El Carrizal
☐ Valle / Langue / Llanito Verde
☐ Valle / Langue / El Naranjo
☐ Valle / Langue / Las Marias De Langue
☐ Valle / Langue / Las Olivas
☐ Valle / Langue / San Marcos
☐ Valle / Langue / San Francisco
☐ Valle / Langue / Los Llanos
☐ Valle / Langue / El Picacho
☐ Valle / Langue / Potrerillos
☐ Valle / Langue / Agua Zarca
☐ Valle / Langue / El Papalon
☐ No sabe
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

2. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

3. Identificación 1 del entrevistador

4. Identificación 2 del entrevistador

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.

La Secretaría de Salud de Honduras 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 la SESAL 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 la SESAL.

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?

5. ¿Se obtuvo consentimiento?

- ☐ Sí
☐ No

Las Características Generales del Establecimiento

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ CESAR
☐ CESAMO
☐ CMI
☐ Hospital

7. ¿De qué hora a qué hora da servicio esta unidad de salud?

De AM a PM o

8. ¿Esta unidad médica ofrece servicios todos los días en los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

9. ¿Tiene médicos disponibles con una llamada telefónica los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos?

- ☐ Sí, todos los días incluyendo fines de semana y días festivos.
☐ Sí, pero solo de lunes a viernes; en fines de semana y días festivos no, o solo ocasionalmente
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

10. ¿Cuenta esta unidad médica con un equipo médico de visita domiciliar? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

11. ¿Normalmente reciben pacientes referidos o enviados desde otra unidad médica? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

12. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

13. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

14. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

15. ¿Normalmente envían o refieren pacientes a otra unidad médica? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

16. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

17. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

18. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

-- Seleccione uno --

Por favor dígame si esta unidad médica cuenta con el siguiente personal, si laboran de tiempo completo o de medio tiempo, y en qué turno están

19. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno			
			Mañana	Tarde	Noche	Sábado
Médicos generales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pediatras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nutricionistas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Farmacéuticos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermeras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Auxiliares de enfermeras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

20. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno		
			Mañana	Tarde	Noche
Parteras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabajadoras sociales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnicos de laboratorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promotores de salud	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras especialidades (especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

21. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno	
			Mañana	Tarde
Médicos generales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pediatras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nutricionistas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Farmacéuticos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermeras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Auxiliares de enfermeras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno	
			Mañana	Tarde
Parteras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trabajadoras sociales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnicos de laboratorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promotores de salud	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras especialidades (especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ahora, para las categorías de personal le voy a mencionar, por favor indíqueme si cuentan con ellos en esta unidad y cuántos están disponibles para venir.

23.	Presente	Número
Internista	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ginecobstetras	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirujanos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anestesiólogos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personal técnico para emergencias (paramédicos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnico radiólogo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chofer de ambulancia /polivalente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras especialidades (especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ahora, para las categorías de personal le voy a mencionar, por favor indíqueme si cuentan con ellos en esta unidad, si están disponibles para venir si se les llama, y cuántos están disponibles para venir.

24.	Presente	Número	Disponible si es llamado 24 h 7 días a la semana	Número
Internista	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ginecobstetras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirujanos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anestesiólogos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personal técnico para emergencias (paramédicos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Técnico radiólogo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chofer de ambulancia /polivalente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras especialidades (especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por favor indíqueme si los siguientes tipos de personal trabajan en esta unidad:

25.	Presente
Encargados de mantenimiento de equipos	<input type="text"/>
Encargados de mantenimiento de edificio	<input type="text"/>

26. ¿A qué distancia les queda el banco de sangre más cercano?

Duración:

- ☐ En vehículo: minutos
- ☐ A pie: minutos
- ☐ El banco de sangre encuentra en la unidad
- ☐ No se usa el servicio de banco de sangre
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

27. ¿Tienen acceso a sangre segura?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

28. ¿Tiene esta unidad servicio de luz?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

29. ¿Tiene la energía eléctrica la suficiente potencia para mantener funcionando a todos los equipos de esta unidad?

- ☐ Sí, todos los equipos
- ☐ Solo algunos equipos
- ☐ Ningún equipo
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

30. En un día normal, ¿cuántas horas al día la unidad médica cuenta con energía eléctrica?

- ☐ Todo el tiempo
- ☐ Anote el número de horas
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

31. Durante la semana pasada, mientras la unidad médica estuvo abierta (incluyendo la atención de servicio de urgencias) ¿cuántos días se quedó sin electricidad por al menos dos horas?

- ☐ No hubo interrupciones en la energía eléctrica.
- ☐ Número total de días
- ☐ No sabe
- ☐ No responde
- ☐ No aplica

32. Sírvase indicar todas las fuentes de electricidad para este centro. (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN):

- ☐ Suministro de una central
- ☐ Suministro privado
- ☐ Generador en el centro
- ☐ Generador solar
- ☐ Otra fuente (especifique)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

33. ¿Esta unidad médica cuenta con planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

34. ¿Funciona la planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

35. ¿Cuenta con combustible todo el tiempo para echar a andar la planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

36. ¿Esta unidad médica cuenta con alguna fuente de abastecimiento de agua? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

37. ¿De dónde sacan el agua para esta unidad médica? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE)

- ☐ Agua entubada

- ☐ Pozo publico
- ☐ Pozo protegido dentro de la unidad
- ☐ Pozo no protegido
- ☐ Bomba manual
- ☐ Agua embotellada
- ☐ Camión cisterna o pipa
- ☐ Agua de lluvia
- ☐ Otras
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

38. ¿Tiene esta unidad conexión a internet?

- ☐ si
- ☐ no
- ☐ no sabe
- ☐ no contesta

39. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la unidad médica se relaciona con la comunidad.

¿Esta unidad de salud cuenta con un comité de traslado activo? Es decir, un comité que trabaja en conjunto con la unidad de salud para facilitar la logística del transporte de emergencias de mujeres y neonatos. Por activo, me refiero a que se reunió o realizó un trasporte en los últimos 3 meses

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

40. En esta unidad médica ¿se realizan reuniones internas de rutina para discutir los asuntos administrativos y de gestión de la unidad?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

41. ¿Qué tan seguido se realizan esas reuniones internas para discutir los asuntos administrativos y de gestión?

- ☐ Mensualmente o más seguido
- ☐ Cada 2-3 meses
- ☐ Cada 4-6 meses
- ☐ Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

42. ¿Se guardan registros o actas de cada reunión de discusión de temas médicos?

- ☐ Sí
- ☐ Sí, cuando es necesario
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

43. ¿Ante qué autoridad o autoridades presentan ustedes los registros de cada reunión interna en la unidad médica?

- ☐ No las presentan a ninguna autoridad
- ☐ Autoridades municipales
- ☐ Autoridades de salud
- ☐ Otras (especifique)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

44. En esta unidad médica ¿se realizan reuniones internas de rutina para discutir temas médicos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

45. ¿Qué tan seguido se realizan esas reuniones internas para discutir temas médicos?

- ☐ Mensualmente o más seguido
- ☐ Cada 2-3 meses
- ☐ Cada 4-6 meses
- ☐ Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

46. ¿Se guardan registros o actas de cada reunión de discusión de temas médicos?

- ☐ Sí
 - ☐ Sí, cuando es necesario
 - ☐ No
 - ☐ No sabe
 - ☐ No contesta
-

47. ¿Ante qué autoridad o autoridades presentan ustedes los registros de las reuniones de discusión de temas médicos?

- ☐ No las presentan a ninguna autoridad
☐ Autoridades municipales
☐ Autoridades de salud
☐ Otras (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

48. ¿Tiene esta unidad servicio de hospitalización?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta
☐ No aplica

49. Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos servicios adicionales que en esta unidad médica son proporcionados a los pacientes y sus familiares.

¿Se les proporciona alimentos a los pacientes que son hospitalizados o internados aunque sea por algunas horas?

(SOLO APLICA A UNIDADES MÉDICAS QUE CUENTAN CON HOSPITALIZACIÓN O SERVICIO DE URGENCIAS)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

50. ¿Se les brindan facilidades a los familiares de los pacientes para que permanezcan junto a su enfermo o paciente?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

51. ¿Qué tipo de facilidades se les brindan a los familiares de los pacientes?

- ☐ Solo alimentos
☐ Lugar donde dormir
☐ Alimentos y lugar donde dormir
☐ Albergues
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
☐ Ninguna
☐ No sabe
☐ No contesta

La Educación y Capacitación del Personal

Ahora le voy a preguntar sobre los cursos de capacitación que se imparten en esta unidad médica para el personal médico que labora aquí. Le voy a leer el nombre del curso y sus contenidos y usted me dirá si se ha impartido alguna vez, en los últimos 3 años o en los últimos 12 meses.

Anote los siguientes códigos:

52. CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	Total de días de curso en un año	¿Quién
Entrenamiento sobre inmunizaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Manejo integrado de enfermedades del niño (IMCI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuidado del recién nacido (cuidado del cordón, control de temperatura, alimentación al seno materno, resucitación neonatal)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

53. CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	Total de días de curso en un año	¿Quién im
Planificación familiar: DIU e implantes, inserción y retiro, consejería general).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Atención							

prenatal y posnatal

Cuidado rutinario del trabajo de parto y parto vaginal

54. CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	Total de días de curso en un año	¿Quién
Cuidados básicos en urgencias obstétricas y neonatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manejo de complicaciones maternas (asfixia, preeclampsia, eclampsia, sepsis).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manejo de complicaciones neonatales (prematurez, bajo peso al nacimiento, sepsis, asfixia).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

55. ¿Reciben a estudiantes u otro personal para entrenamiento en esta unidad?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

56. ¿Quiénes vienen a entrenarse? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- ☐ Estudiantes de pregrado
☐ Internos de pregrado
☐ Pasantes de servicio social
☐ Residentes de especialidad
☐ Estudiantes de enfermería
☐ No sabe
☐ No contesta
☐ No aplica

Licenciamiento y Certificación

57. ¿Ha sido tiene licencia esta unidad por la Secretaría de Salud?

- ☐ Si
☐ Licenciamiento en trámite
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

58. ¿Podría enseñarme una copia del certificado de licenciamiento?

- ☐ Observada
☐ No observada
☐ Rechazó mostrarla

59. ¿Cuándo fue acreditada esta unidad?

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

Servicios de Atención Prenatal

60. ¿Esta unidad médica ofrece servicios de atención prenatal?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

61. ¿Quién ofrece los servicios de atención prenatal? (Seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Médico
☐ Enfermera

- ☐ Partera
- ☐ Coordinador de salud comunitaria
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Atención del parto y del recién nacido

62. Ahora quisiera preguntarle sobre los servicios de atención del parto y atención del recién nacido

¿Esta unidad médica tiene la capacidad para atender partos eutócicos de manera rutinaria (no de urgencias)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

63. ¿Atiende esta unidad partos eutócicos de manera rutinaria (no incluya nacimientos de urgencias)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

64. ¿Se atienden nacimientos en la unidad de salud, en los hogares o en ambos?

- ☐ Sólo en la unidad de salud
- ☐ Sólo en los hogares de las mujeres
- ☐ En la unidad de salud y en los hogares
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

65. Aunque esta unidad médica no atiende partos de manera rutinaria, ¿atendió algún parto de urgencia en el último año?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

66. ¿Alguna persona acompaña a la mujer a la atención de su parto en la unidad médica?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

67. ¿Quién acompaña a la mujer?

- ☐ Trabajadora comunitaria de salud
- ☐ Partera
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Atención posnatal

68. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención posnatal que se ofrecen en esta unidad médica

¿Brinda esta unidad servicios de atención postnatal inmediata (dentro de 48 horas)?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

69. ¿Quién proporciona la atención posnatal a las mujeres inmediatamente después del parto? (Seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Coordinador comunitario de salud
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

70. ¿Quién proporciona el cuidado posnatal para el recién nacido inmediatamente después del parto? (Seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Coordinador comunitario de salud
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Servicios de salud infantil

71. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención a la salud infantil que se ofrecen en esta unidad médica.

¿Esta unidad médica ofrece atención para niños menores de 5 años de edad, ya sea en la clínica, en la comunidad o en la escuela?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Logística de vacunación

72. ¿Esta unidad médica proporciona servicios de vacunación para niños menores de 5 años de edad?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

73. ¿Esta unidad almacena rutinariamente alguna vacuna, o se recogen todas sus vacunas de otro establecimiento o se las envían cuando se están proporcionando los servicios?

[Almacenar vacunas durante 1 ó 2 días solamente para su uso inmediato no se considera como almacenamiento de vacunas]

- ☐ Sí, almacena vacunas
☐ No, se recogen de otra unidad médica
☐ No, se las envían cuando se proporcionan los servicios
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No contesta

74. ¿Esta unidad médica determina la cantidad que necesita de cada vacuna y la pide, o la cantidad de vacuna que reciben es determinada en otra parte?

- ☐ La unidad médica determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.
☐ En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.
☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
☐ No sabe
☐ No contesta

75. ¿En esta unidad médica se determina la cantidad de cada vacuna que requieren, de la misma manera para cada tipo de vacuna?

- ☐ Sí, de la misma manera
☐ No, es diferente para cada tipo de vacuna.
☐ No sabe
☐ No contesta

76. ¿Cómo determinan las necesidades para cada una de las siguientes vacunas?

(Seleccione una para cada vacuna)

(ANOTE LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE PARA CADA VACUNA EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)	Determina sus propias necesidades y la piden.	Las necesidades son determinadas en otro lugar	Otro (ESPECIFIQUE)	No sabe	No contesta	No aplican esa vacuna
Pentavalente (Incluye DPT, Influenza B y Hepatitis B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DPT sola, no como parte de la vacuna pentavalente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarampión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjugado neumocócico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

77. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el sistema de rutina para decidir cuándo pedir vacunas?

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

- ☐ Tiempo fijo; cada semanas
☐ Pide cuando es necesario
☐ Otro (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

78. ¿En promedio, cuánto tardan en recibir su pedido de vacunas después de que las han solicitado?

- ☐ Número de días
☐ Número de semanas
Número de meses

- ☐
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

79. Si hay escasez de alguna vacuna en particular en el tiempo entre dos pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan en esta unidad médica para obtenerla?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
- ☐ La unidad médica la compra
- ☐ El paciente la compra por fuera
- ☐ Esta unidad medica la pide prestada a otra unidad médica
- ☐ No hacen nada, no hay nada qué hacer
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

80. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de vacunas que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Casi nunca
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

81. En los últimos seis meses, ¿cuál o cuáles de las siguientes vacunas estuvieron escasas?

Pentavalente (Incluye DPT, Influenza B y Hepatitis B)	-- Seleccione uno --
DPT sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Hepatitis B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Influenza B sola, no como parte de la vacuna pentavalente	-- Seleccione uno --
Polio	-- Seleccione uno --
Vacuna SRP (o MMR en inglés)	-- Seleccione uno --
Influenza	-- Seleccione uno --
Rotavirus	-- Seleccione uno --
Conjugado neumocócico	-- Seleccione uno --
BCG para niños prematuros	-- Seleccione uno --

82. En los últimos 3 meses, ¿en algún momento usted sintió que se iba a quedar sin vacunas?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

83. ¿Cuántos refrigeradores tienen para guardar vacunas?

- ☐ Número
- ☐ Ninguno
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

84. En esta unidad médica, ¿cuántos termos / caja frios de transporte de vacunas tiene disponibles?

- ☐ Uno
- ☐ Dos o más
- ☐ Ninguno
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

85. ¿Hay paquetes de hielo para ice packs de transporte de vacunas (cuatro o cinco por caja)?

- ☐ Sí, un juego
- ☐ Sí, dos o más juegos
- ☐ No, se usa hielo comprado
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Servicios de planificación familiar

86. Ahora quisiera preguntarle sobre los servicios de planificación familiar.

¿Esta unidad médica ofrece servicios de planificación familiar, incluyendo anticonceptivos o asesoramiento sobre métodos naturales de planificación familiar?

- ☐ Sí

- ☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

87. ¿Esta unidad médica ofrece consejería individual a cada mujer o pareja sobre planificación familiar?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

88. ¿Esta unidad médica ofrece charlas educativas mujeres o parejas sobre planificación familiar?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

89. ¿Cuenta esta unidad con médico entrenado para colocar dispositivos intrauterinos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

90. ¿Cuenta esta unidad con medico entrenado para realizar oclusión tubaria bilateral (OTB) o ligadura de trompas?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

91. ¿Cuenta esta unidad con medico entrenado para realizar vasectomía?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

92. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos se proporcionan o recetan, o sobre cuál o cuáles se proporciona asesoramiento en esta unidad?

Píldora anticonceptiva oral combinada	-- Seleccione uno --
Píldora sólo de progestina	-- Seleccione uno --
Injectable combinado (con estrógenos) (1 por mes)	-- Seleccione uno --
Injectable sólo de progestina (2 ó 3 por mes) (por ej., Depo o Microgynon)	-- Seleccione uno --
Parche anticonceptivo	-- Seleccione uno --
Preservativo femenino	-- Seleccione uno --
Dispositivo intrauterino	-- Seleccione uno --

93. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos se proporcionan o recetan, o sobre cuál o cuáles se proporciona asesoramiento en esta unidad?

Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	-- Seleccione uno --
Espemicidas	-- Seleccione uno --
Diafragma	-- Seleccione uno --
Píldora anticonceptiva de emergencia	-- Seleccione uno --
Esterilización masculina / vasectomía	-- Seleccione uno --
Esterilización femenina/ligadura de trompas	-- Seleccione uno --
Otros	-- Seleccione uno --

94. ¿Proporcionan asesoria sobre métodos de planificación familiar naturales (ritmo por ejemplo)?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

95. ¿Se ofrecen o se recomiendan condones masculinos , ya sea que se consideren o no como un método de planificación familiar?

- ☐ Se ofrecen
☐ Se recomiendan pero no se ofrecen

- ☐ Se distribuyen, aunque no como un método de planificación familiar
☐ No se recomiendan ni se ofrecen
☐ No sabe
☐ No contesta

96. En esta unidad médica ¿El asesoramiento sobre planificación familiar es parte de un programa permanente? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

97. En esta unidad médica, ¿se ofrecen pruebas de embarazo?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Suministro de anticonceptivos

98. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca del abasto de métodos anticonceptivos. ¿Esta unidad almacena rutinariamente métodos anticonceptivos, o los recoge de alguna otra unidad u oficina cuando van a ser proporcionados?

[Mantener los anticonceptivos 1 ó 2 días para uso inmediato no se considera como almacenamiento de métodos anticonceptivos.]

- ☐ Sí almacena métodos anticonceptivos
☐ No, los traen de otra unidad cuando van a ser aplicados
☐ No sabe
☐ No contesta

99. ¿Esta unidad médica determina la cantidad que necesita de métodos anticonceptivos y los pide, o la cantidad de anticonceptivos que reciben es determinada en otra parte?

- ☐ La unidad médica determina qué cantidad de anticonceptivos necesita y la pide.
☐ En otro lugar se determina la cantidad de anticonceptivos que se les envían.
☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de anticonceptivos de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
☐ No sabe
☐ No contesta

100. ¿En esta unidad médica se determina la cantidad de cada método anticonceptivo que requieren, de la misma manera para cada tipo de anticonceptivo?

- ☐ Sí, de la misma manera
☐ No, es diferente para cada tipo de anticonceptivo.
☐ No sabe
☐ No contesta

101. ¿Cómo determinan las necesidades para cada una de los siguientes métodos de planificación familiar?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN PARA CADA MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y ANOTE EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)	Determina sus propias necesidades y la piden.	Las necesidades son determinadas en otro lugar	Otro (ESPECIFIQUE)	No sabe	No contesta
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con progestina solamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) para un mes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables con solamente progestina para 2 o 3 meses (ejem. Depo o Microgynon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parche anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón femenino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espermicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diafragma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Píldoras de emergencia (anticoncepción de emergencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

102. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el sistema de rutina para decidir cuándo pedir métodos anticonceptivos?

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

- ☐ Tiempo fijo. Cada semanas
☐ Pide cuando es necesario
 Lo define un proveedor externo

- ☐ ☐ Otro (especifique)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

103. ¿En promedio, como cuánto tardan en recibir su pedido de métodos anticonceptivos después de que los han solicitado? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Número de días
- ☐ Número de semanas
- ☐ Número de meses
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

104. Si hay escasez de algún método anticonceptivo en específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan en esta unidad médica para conseguirlo?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
- ☐ La unidad médica la compra
- ☐ El paciente la compra por fuera
- ☐ Se pide prestada a otra unidad médica
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

105. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de métodos anticonceptivos que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Casi nunca
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

106. En los últimos seis meses, ¿cuál de los siguientes métodos anticonceptivos estuvo escaso?

(ANOTE LA RESPUESTA PARA CADA MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)	Sí	No	No sabe	No contesta
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con progestina solamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) para un mes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables con solamente progestina para 2 o 3 meses (ejem. Depo o Microgynon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parche anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón femenino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espermicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diafragma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Píldoras de emergencia (anticoncepción de emergencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

107. En los últimos 3 meses, ¿en algún momento usted sintió que se iba a quedar sin métodos anticonceptivos? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Abasto de medicamentos

108. Ahora me gustaría preguntarle acerca del sistema que tiene esta unidad médica para abastecerse de medicinas.

¿Quién opera la farmacia? (LEA LAS OPCIONES Y ELIJA UNA OPCIÓN)

- ☐ SESAL
- ☐ Gestore a cargo de esta unidad
- ☐ Otra (ESPECIFIQUE)
- ☐ No cuentan con farmacia
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

109. ¿Esta unidad médica determina la cantidad de cada medicamento que necesita y las pide, o la cantidad que recibe de cada medicamento es determinada en otra parte?

- ☐ La unidad médica determina qué cantidad de medicamentos necesita y las pide.
- ☐ En otro lugar se determina la cantidad de medicamentos que se les envían.

- ☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de medicinas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

110. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el sistema de rutina para decidir cuándo pedir medicamentos?

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)

- ☐ Tiempo fijo; cada semanas
- ☐ Pide cuando es necesario
- ☐ Proveedor externo
- ☐ Otro (especifique)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

111. ¿En promedio, como cuánto tardan en recibir su pedido de medicamentos después de que los han solicitado?

- ☐ Número de días
- ☐ Número de semanas
- ☐ Número de meses
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

112. Si hay escasez de algún medicamento específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan para conseguirlo?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
- ☐ La unidad médica la compra
- ☐ El paciente la compra por fuera
- ☐ Esta unidad médica lo pide prestado a otra unidad médica
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

113. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de medicamentos que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Casi nunca
- ☐ Nunca
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

114. En los últimos 3 meses, ¿en algún momento usted sintió que se iban a agotar algunos medicamentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Control de Infecciones

115. Ahora me gustaría preguntarle acerca del control de infecciones en esta unidad médica.

¿Se reutilizan las jeringas para aplicar inyecciones o extraer sangre a los pacientes?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

116. Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el método final que se usa más comúnmente para esterilizar las jeringas antes de reutilizarlas? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Esterilización con calor seco
- ☐ Esterilización en autoclave
- ☐ Esterilización mediante hervor
- ☐ Esterilización con vapor
- ☐ Método químico
- ☐ No se esterilizan
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

117. ¿Qué procedimiento se utiliza para descontaminar y limpiar el equipo antes de ser reutilizado?

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

[Haga preguntas, si es necesario, para determinar la respuesta correcta.]

- ☐ Sumergir en solución desinfectante y luego frotar con un cepillo con agua y jabón
- ☐ Frotar con un cepillo con agua y jabón y después sumergir en desinfectante
- ☐ Frotar con un cepillo con agua y jabón solamente
- ☐ Sumergir en desinfectante, sin frotar con un cepillo
- ☐ Limpiar con agua y jabón, sin frotar con un cepillo
- ☐ Nunca se reutiliza ningún equipo

- ☐ No descontaminar
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

118. ¿Existe en la unidad médica algún manual sobre cómo descontaminar equipos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

119. ¿Cuenta esta unidad médica con incinerador?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

120. ¿Esta unidad médica tiene un contrato con otra unidad médica o compañía para desechar los productos biológicos de riesgo?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

121. ¿Qué tan seguido los desechos biológicos de riesgo son recogidos o enviados o a esa otra unidad médica o compañía?

- ☐ Número de días en una semana:
- ☐ Número de días en un mes:
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

122. ¿Cuál es el método final que se utiliza más comúnmente para desinfectar o esterilizar equipo médico (tal como espejos vaginales, fórceps o instrumentos quirúrgicos) antes de reutilizarlos?

[Si se utilizan distintos métodos para distintos tipos de equipos, indique el/los método(s) que se utilizan para los equipos de metal tales como equipo de cirugía menor y fórceps]

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN):

- ☐ Esterilización con calor seco
- ☐ Esterilización en autoclave
- ☐ Esterilización mediante hervor
- ☐ Esterilización con vapor
- ☐ Método químico
- ☐ Procesado fuera del establecimiento
- ☐ Nunca se esteriliza el equipo médico
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

123. En esta unidad médica, ¿Cuál es el procedimiento que utilizan para desechar las cajas con agujas y otros objetos punzantes?

(por ejemplo, las agujas usadas)
(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se queman en un incinerador
- ☐ Se queman a cielo abierto
- ☐ Las tiran sin quemar
- ☐ Las desechan fuera de las instalaciones
- ☐ Nunca tienen desechos de agujas o de objetos punzantes
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

124. En esta unidad médica ¿Cómo se desechan los productos biológicos de riesgo como vendas y gasas?

(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se queman en un incinerador
- ☐ Se queman a cielo abierto
- ☐ Las tiran sin quemar
- ☐ Las desechan fuera de las instalaciones
- ☐ Nunca tienen desechos de productos biológicos de riesgo como vendas y gasas
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta
- ☐ No aplica

125. En esta unidad médica ¿Qué tan seguido se desechan los productos biológicos de riesgo?

- ☐ Número de días en una semana:
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

- ☐
- ☐ No aplica

Información de registros o reportes

Ahora quisiéramos preguntarle sobre algunos datos la atención médica prestada en esta unidad. Le pediríamos recolectar esta información y podemos volver con usted una vez que la tenga disponible. Con esto llegaríamos al final de la entrevista, y le pediríamos autorización para avanzar en el siguiente componente de esta visita, que es una observación de las áreas físicas de esta unidad

126. En esta unidad médica, ¿se prepara algún reporte para evaluar su propio desempeño, que no sean los informes que se dan al sistema de información?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

127. ¿Podría usted por favor mostrarnos una copia del último reporte de evaluación de su propio desempeño?

- ☐ Sí, lo entrega.
- ☐ No desea enseñarlo
- ☐ No lo tiene o no lo encuentra

128. La siguiente información debe extraerse de registros de la unidad médica.

	Número:	Ninguno	No sabe	No contesta
Número de mujeres embarazadas a las que se ha dado atención prenatal en los últimos 2 años	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número total de nacimientos atendidos en los últimos 2 años	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número total de cesáreas en los últimos 2 años	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántos nacimientos se atendieron en el último año	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuántas muertes maternas hubo en esta unidad en el último año?	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántas muertes neonatales hubo en esta unidad en el último año?	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántos niños de 0 a 59 meses fueron diagnosticados con neumonía en los últimos 2 años?	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

129. Solicite ver la lista de voluntarios de salud que asistieron a entrenamientos sobre consejería individualizada cara a cara y registre el total

- ☐ Número:
- ☐ Listado no disponible
- ☐ Rechazó mostrarlo

130. Solicite ver los certificados de voluntarios de salud que recibieron entrenamientos sobre consejería individualizada cara a cara y registre el total

- ☐ Número:
- ☐ Listado no disponible
- ☐ Rechazó mostrarlo

131. Solicite ver la lista de voluntarios de salud que asistieron a entrenamientos sobre consejería individualizada cara a cara en prácticas de alimentación y registre el total

- ☐ Número:
- ☐ Listado no disponible
- ☐ Rechazó mostrarlo

132. Solicite ver los certificados de voluntarios de salud que recibieron entrenamientos sobre consejería individualizada cara a cara en prácticas de alimentación y registre el total

- ☐ Número:
- ☐ Listado no disponible
- ☐ Rechazó mostrarlo

133. ¿Cuántos voluntarios de salud tiene esta unidad?

- ☐ Número:
- ☐ No sabe
- ☐ Rechazó mostrarlo

Subsidios para mujeres

Solicite ver los siguientes registros o listados correspondientes a los 2 años anteriores y registre la información solicitada.

134.

	Observado	Número de mujeres
Información sobre mujeres que visitaron esta unidad para atención prenatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Información sobre mujeres que visitaron esta unidad para atención al nacimiento	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Información sobre mujeres que visitaron esta unidad para atención postnatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Información sobre mujeres que visitaron esta unidad para atención del recién nacido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Solicite ver los siguientes registros o listados correspondientes a los 2 años anteriores y registre la información solicitada.

135.

	Observado	Número de mujeres
Información sobre mujeres que recibieron subsidios para atención prenatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Información sobre mujeres que recibieron subsidios para atención postnatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

136.

Observado

Número de mujeres

Información sobre mujeres que recibieron subsidios para atención al nacimiento en la unidad de salud

Información sobre mujeres que recibieron subsidios para atención al recién nacido

137. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

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.

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

- ☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal
- ☐ Sala de expulsión
- ☐ Sala de expulsión 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

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

- ☐ Sí
- ☐ No

Atención prenatal y post-natal

140. 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
- ☐ 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:

141.

Observado (si/no) Total observados

Total funcionando

Balanza de pie con tallímetro

☐

Tallímetro o Estadímetro

☐

Mesa (cama) para exploración ginecológica

☐

Cinta obstétrica del CLAP / cinta métrica

☐

142.

Observado (si/no) Total observados

Total funcionando

Balanza de pie con tallímetro

☐

Tallímetro o Estadímetro

☐

Mesa (cama) para exploración ginecológica

☐

Cinta obstétrica del CLAP / cinta métrica

☐

Lámpara de cuello de cisne o chicote lámpara para examen pélvico

☐

Esfigmomanómetro

☐

Estetoscopio

☐

Equipo de inserción de DIU

☐

143.

Observado (si/no) Total observados

Total funcionando

Balanza de pie con tallímetro

☐

Tallímetro o Estadímetro

☐

Mesa (cama) para exploración ginecológica

☐

Cinta obstétrica del CLAP / cinta métrica

☐

Lámpara de cuello de cisne o chicote lámpara para examen pélvico

☐

Esfigmomanómetro

☐

Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

144. Observado (si/no)

- Historia clínica materno perinatal ☐
- Carnet o tarjeta materno perinatal ☐

145. Observado (si/no)

- Historia clínica materno perinatal ☐
- Carnet o tarjeta materno perinatal ☐

146. Observado (si/no)

- Historia clínica materno perinatal ☐
- Carnet o tarjeta materno perinatal ☐

147. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

148. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos.

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

149. Solicite ver los registros de mujeres en atención prenatal

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

150. Solicite ver los registros de mujeres en atención postparto

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

Sala de expulsión o nacimiento

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

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

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

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

153. 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"/>

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

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

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

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Sala de atención de emergencias

156. Solicite ver la sala emergencias
 (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

157.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro o Baumanometro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimación para adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laringoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para AMEU o curetaje	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

158. Observado (si/no) Funcionando

De suministro de oxígeno central ☐

159. Observado (si/no) Total observados Total funcionando

Estetoscopio de pinard ☐

160. Observado (si/no) Total observados Total funcionando

Autoclave ☐

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

161.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimación para adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laringoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para AMEU	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo básico para legrado uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

162. Observado (si/no) Funcionando

De suministro de oxígeno central ☐

163. Observado (si/no) Total observados Total funcionando

Estetoscopio neonatal ☐

164. Observado (si/no) Total observados Total funcionando

Estetoscopio de pinard ☐

165. Observado (si/no) Total observados Total funcionando

Autoclave ☐

Área de Planificación familiar

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

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

167. 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

168. 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:

169. Observado (si/no) Total observados
 Kit para inserción de DIU ☐

Anote la existencia de los siguientes equipos:

	Observado (si/no)
Condón masculino	<input type="checkbox"/>
Condón femenino	<input type="checkbox"/>
Pastillas combinadas	<input type="checkbox"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="checkbox"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)	<input type="checkbox"/>
Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon)	<input type="checkbox"/>
Píldoras anticonceptivas de emergencia	<input type="checkbox"/>
Espermicidas	<input type="checkbox"/>
Diafragma	<input type="checkbox"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/>
Otras (especifique): <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

	Observado (si/no)
Condón masculino	<input type="checkbox"/>
Condón femenino	<input type="checkbox"/>
Pastillas combinadas	<input type="checkbox"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="checkbox"/>
Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)	<input type="checkbox"/>
Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon)	<input type="checkbox"/>
Píldoras anticonceptivas de emergencia	<input type="checkbox"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="checkbox"/>
Espermicidas	<input type="checkbox"/>
Diafragma	<input type="checkbox"/>
Otras (especifique): <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

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

172. 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) ☐

173. 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) ☐

174. 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) ☐

175. 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) ☐

176. 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) ☐

177. 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) ☐

178. 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) ☐

179. 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) ☐

180. 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) ☐

181. 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) ☐

182. 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

183. 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

184. 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

185. 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"/>

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

Observado	No observado	Se negó a mostrar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Materiales impresos sobre nutrición y alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre signos y síntomas de alarma en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre información general sobre Infecciones de Transmisión Sexual o VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área o Sala de atención para niños

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

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

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

188.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadimetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oto-oftalmoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lámpara de mano	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Camilla o mesa para examen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cinta métrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de nebulización	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

189.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadimetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oto-oftalmoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lámpara de mano	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Camilla o mesa para examen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cinta métrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de nebulización	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

190.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula o Balanza de pie para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadimetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lámpara de mano	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio biauricular para recién nacidos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Martillo de reflejos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Negatoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oto-oftalmoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Camilla o mesa para examen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cinta métrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de nebulización	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

191. Observado (si/no)
Termómetro oral ☐

192.

Observado (sí/no)

Termómetro oral ☐

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

193. Observado (sí/no)

Termómetro axilar ☐

194. Observado (sí/no)

Termómetro axilar ☐

195. 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"/>

196. 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**

197. 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

198. 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

199. 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"/>

200. 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**

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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

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

202.	Cantidad	Funcionando
	0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar	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

Termo frío (Pingüino)

Verifique los termómetros e indique

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

Para cada refrigerador, respuesta a las siguientes preguntas

204. 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

205. 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

206. 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

207. 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

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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

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

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

210. 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

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

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

212. 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

213. 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

214. Observado (si/no)

- Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb) ☐
 Polio ☐
 SRP (sarampión, rubeola y parotiditis) ☐
 Influenza ☐
 Rotavirus ☐
 Conjugado neumocócico ☐
 BCG para prematuros ☐

215. Observado (si/no)

- DPT (sola y no como parte de la vacuna pentavalente) ☐
 Hepb (sola y no como parte de la vacuna pentavalente) ☐
 Hepatitis B (sola y no como parte de la vacuna pentavalente) ☐

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

216. BCG 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) ☐ ☐

217. 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

Área de diagnóstico por imagen

218. 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"/>

219. Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

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

Área de disposición de desechos biológicos peligrosos

220. 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

221. 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

222. Pida ver los autoclaves.

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

Farmacia

Registre si se observaron los siguientes insumos

223. Observado (si/no)

- Hierro ☐
- Acido fólico ☐
- Otro micronutrientes ☐

Registre si se observaron los siguientes insumos

224. Observado (si/no)

- Acido fólico ☐
- Hierro ☐
- Multivitamínicos otros ☐
- Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos ☐
- Láminas porta objetos ☐
- Nitrofurantoina ☐
- Cefalexina 500 mg ☐

Registre si se observaron los siguientes insumos

225. Observado (si/no)

- Multivitamínico ☐
- Acido fólico ☐
- Hierro ☐
- Otros micronutrientes ☐
- Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos ☐
- Láminas porta objetos ☐
- Cefalexina 500 mg ☐

Registre si se observaron los siguientes insumos

226. Observado (si/no)

- Multivitamínico ☐
- Acido fólico ☐
- Hierro ☐
- Otros micronutrientes ☐
- Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos ☐
- Láminas porta objetos ☐
- Nitrofurantoina ☐
- Cefalexina 500 mg ☐

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

227. Acido folico Hierro Otro micronutrientes

- 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) ☐ ☐ ☐

228. Multivitamínicos otros Nitrofurantoina Cefalexina 500 mg

- 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) ☐ ☐ ☐

229. Multivitamínico Cefalexina 500 mg

- 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) ☐ ☐

230. Multivitamínico Cefalexina 500 mg 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

231. Observado (si/no)

- Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐
- Sulfato ferroso en gotas ☐
- Sulfato de Zinc ☐
- Albendazol ☐
- Amoxicilina ☐

232. Observado (si/no)

Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐

233. Observado (si/no)

Gluconato de zinc ☐

234. Observado (si/no)

Mebendazol ☐

235. Observado (si/no)

Eritromicina ☐

236. Observado (si/no)

Penicilina benzatinica ☐

237. Observado (si/no)

Cefalexina ☐

238. Observado (si/no)

Azitromicina ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

239. Observado (si/no)

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐

Sulfato ferroso en gotas ☐

Sulfato de Zinc ☐

Albendazol ☐

Amoxicilina ☐

240. Observado (si/no)

Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐

241. Observado (si/no)

Gluconato de zinc ☐

242. Observado (si/no)

Mebendazol ☐

243. Observado (si/no)

Eritromicina ☐

244. Observado (si/no)

Penicilina benzatinica ☐

245. Observado (si/no)

Cefalexina ☐

246. Observado (si/no)

Azitromicina ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

247. Observado (si/no)

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral ☐

Sulfato ferroso en gotas ☐

Sulfato de Zinc ☐

Solución salina ☐

Albendazol ☐

Amoxicilina ☐

248. Observado (si/no)

Sobres de Sales de Rehidratación Oral ☐

249. Observado (si/no)

Gluconato de Zinc ☐

250. Observado (si/no)

5% dextrose ☐

251. Observado (si/no)

Solución Harman ☐

252. Observado (si/no)

Mebendazol ☐

253.	Observado (si/no)
Eritromicina	<input type="checkbox"/>

254.	Observado (si/no)
Penicilina benzatinica	<input type="checkbox"/>

255.	Observado (si/no)
Cefalexina	<input type="checkbox"/>

256.	Observado (si/no)
Azitromicina	<input type="checkbox"/>

257.	Observado (si/no)
Ampicilina IV	<input type="checkbox"/>

Anote si se observaron los siguientes insumos

258.	Observado (si/no)
Paquetes de Sales de Rehidratación Oral	<input type="checkbox"/>
Sulfato ferroso en gotas	<input type="checkbox"/>
Sulfato de Zinc	<input type="checkbox"/>
Albendazol	<input type="checkbox"/>

259.	Observado (si/no)
Sobres de Sales de Rehidratación Oral	<input type="checkbox"/>

260.	Observado (si/no)
Gluconato de zinc	<input type="checkbox"/>

261.	Observado (si/no)
Mebendazol	<input type="checkbox"/>

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

262.	Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes)
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

263.	Albendazol
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

264.	Sulfato de Zinc
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

265.	Mebendazol
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

266.	Gluconato de Zinc
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

267.	Amoxicilina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

268.	Eritromicina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

269.	Penicilina benzatinica
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

270.	Cefalexina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
271.	Azitromicina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
272.	Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes)
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
273.	Albendazol
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
274.	Sulfato de Zinc
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
275.	Mebendazol
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
276.	Gluconato de Zinc
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
277.	Amoxicilina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
278.	Eritromicina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
279.	Penicilina benzatinica
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
280.	Cefalexina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
281.	Azitromicina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
282.	Sulfato de Zinc
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
283.	Sulfato ferroso en gotas
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
284.	Paquetes o Sobres de Sales de Rehidratación Oral

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

285. **Multi-Control Question Error**

Variable name 'C_PH_SUP_BASIC_GLUZINC_1MO' not defined

286. 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) ☐

287. 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) ☐

288. Amoxicilina

- 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) ☐

289. Eritromicina

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

290. Penicilina benzatinica

- 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) ☐

291. Cefalexina

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

292. Azitromicina

- 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) ☐

293. Ampicilina IV

- 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) ☐

294. 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) ☐

295. Sulfato de Zinc

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

296. Gluconato de Zinc

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

297. 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) ☐

298. 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) ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

299.	Observado (si/no)
Ergometrina amp. 0.2 mg	<input type="checkbox"/>
Oxitocina amp. de 5 o 10 UI	<input type="checkbox"/>
Dexametazona ampolla.	<input type="checkbox"/>
Penicilina cristalina	<input type="checkbox"/>
Ampicilina 1 gr. IV	<input type="checkbox"/>
Gentamicina 80 mg amp	<input type="checkbox"/>
Nitrofurantoína 100mg	<input type="checkbox"/>
Sulfato de Magnesio al 10% o 50	<input type="checkbox"/>
Hidralazina amp de 20 mg	<input type="checkbox"/>

Anote si se observaron los siguientes insumos

300.	Observado (si/no)
Adrenalina 1:10,000 (0.1 mg/ml) ampollas	<input type="checkbox"/>
Cristaloides isotónicos (solución salina o lactato de Ringer) para expansión de volumen	<input type="checkbox"/>
Bicarbonato de sodio 4.2% (5 mEq/10mL) ampollas.	<input type="checkbox"/>
Hidrocloruro de naloxona 0.4 mg/mL-ampollas.	<input type="checkbox"/>
Dextrosa 10%.	<input type="checkbox"/>
Solución salina normal para lavado	<input type="checkbox"/>
Ergometrina ergobasina 0.2mg IM-IV	<input type="checkbox"/>
Atropina amp. 1 mg/ml o epinefrina.	<input type="checkbox"/>
Dexametazona ampolla	<input type="checkbox"/>
Amoxicilina 500mg. PO	<input type="checkbox"/>
Ungüento oftálmico de tetraciclina	<input type="checkbox"/>
Hidralacina 50mg PO	<input type="checkbox"/>
Furosemide: Ampollas y tabletas	<input type="checkbox"/>
Difenilhidantoina Sódica (Fenitoina) 250mg IV	<input type="checkbox"/>
Diazepam 10mg IM-IV	<input type="checkbox"/>
Sulfato de Magnesio 10% o 50 IV-IM	<input type="checkbox"/>
Fenobarbital sódico 100mg IV	<input type="checkbox"/>
Atropina Sulfato 1mg/ ml.	<input type="checkbox"/>
Midazolam Clorhidrato 5mg/ 5ml	<input type="checkbox"/>
Flumazenil 0.1mg/ 1ml	<input type="checkbox"/>
Ketamina Clorhidrato Solución Inyectable 50mg/ ml	<input type="checkbox"/>
Sevofluran 100% Fco 250ml	<input type="checkbox"/>
Oxido Nitroso Gas	<input type="checkbox"/>
Tiopental sódico 1 g	<input type="checkbox"/>
Succinilcolina Cloruro (Suxametonio)	<input type="checkbox"/>
301.	Observado (si/no)
Oxitocina 5 UI IM-IV	<input type="checkbox"/>
302.	Observado (si/no)
Ampicilina 1gr IV	<input type="checkbox"/>
303.	Observado (si/no)
Amikacina sulfato 100mg IM-IV	<input type="checkbox"/>
304.	Observado (si/no)
Bencilpenicilina G cristalina 1000,000 ui. IV	<input type="checkbox"/>
305.	Observado (si/no)
Ceftriaxone 1gr IV	<input type="checkbox"/>
306.	Observado (si/no)
Clindamicina 300mg PO	<input type="checkbox"/>
307.	Observado (si/no)
Cefalexina 500mg PO	<input type="checkbox"/>
308.	Observado (si/no)
Cefazolina 1g IV-IM	<input type="checkbox"/>
309.	Observado (si/no)
Cloranfenicol 1 gr. IV	<input type="checkbox"/>
310.	Observado (si/no)
Dicloxacilina 500mg PO	<input type="checkbox"/>

311.	Observado (si/no)
Doxiciclina 100mg PO <input type="checkbox"/>	
312.	Observado (si/no)
Gentamicina 80mg IM <input type="checkbox"/>	
313.	Observado (si/no)
Metronidazol 500mg IV <input type="checkbox"/>	
314.	Observado (si/no)
Hidralacina clorhidrato 20 mg IM-IV <input type="checkbox"/>	
315.	Observado (si/no)
Alfametil dopa 500mg PO <input type="checkbox"/>	
316.	Observado (si/no)
Propanolol 40mg PO <input type="checkbox"/>	
317.	Observado (si/no)
Nifedipina 10mg <input type="checkbox"/>	

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

318.	Sulfato de Magnesio al 10% o 50
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
319.	Oxitocina 5 I.U./ 10 I.U.
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
320.	Gentamicina 80 mg amp
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
321.	Ergometrina ergobasina 0.2mg IM-IV
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	
322.	Oxitocina 5 UI IM-IV
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) <input type="checkbox"/>	
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) <input type="checkbox"/>	

Servicios de laboratorio

323. 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)

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

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

324.	Observado (si/no)
Microscopio de campo oscuro <input type="checkbox"/>	
Equipo para inmunoensayo de enzimas <input type="checkbox"/>	
Tirillas para detección de proteína en orina <input type="checkbox"/>	
Microscopio de fluorescencia <input type="checkbox"/>	
Equipo de análisis de orina <input type="checkbox"/>	
Glucómetro <input type="checkbox"/>	
Contador de células automatico <input type="checkbox"/>	
325.	Observado (si/no)
Microscopio de campo oscuro <input type="checkbox"/>	
Equipo para inmunoensayo de enzimas <input type="checkbox"/>	
Microscopio de fluorescencia <input type="checkbox"/>	

Equipo de análisis de orina ☐
 Glucómetro ☐
 Contador de células automatico ☐

326. Observado (si/no)

Microscopio de campo oscuro ☐
 Equipo para inmunoensayo de enzimas ☐
 Microscopio de fluorescencia ☐
 Equipo de análisis de orina ☐
 Glucómetro ☐
 Contador de células automático ☐

327. 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

328. 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) ☐

329. Anticuerpos factor Rh

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

Características generales de la unidad de salud

330. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarla

331. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

☐ Sí, funciona
☐ No funciona
☐ No sabe

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

☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

333. 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.