



0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID



Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required



ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR Obstetric

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_FACILITY_ID, MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT

Por favor tenga presente que todas las preguntas en esta sección se refieren a las mediciones y procedimientos realizados a recién nacido, salvo que se especifique de otra forma

Page Break

Question: MRR_FACILITY_ID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Choluluteca / Concepción de Maria / Concepcion De Maria	
2	Choluluteca / Concepción de Maria / El Pacon	
3	Choluluteca / Concepción de Maria / El Jicarito	
4	Choluluteca / Concepción de Maria / La Guaruma	
5	Choluluteca / Concepción de Maria / Palo Solo	
6	Choluluteca / Concepción de Maria / San Benito Nuevo	
7	Choluluteca / Concepción de Maria / La Majada	
8	Choluluteca / Concepción de Maria / Monte Oscuro	
9	Choluluteca / Concepción de Maria / Madrigales	
10	Choluluteca / Concepción de Maria / Los Llanitos	
11	Choluluteca / Concepción de Maria / El Terrero	
12	Choluluteca / Concepción de Maria / Concepcion De Maria	
13	Choluluteca / Duyure / Duyure	
14	Choluluteca / San Marcos de Colon/ San Marcos de Colon	
15	Choluluteca / San Marcos de Colon/ Duyusupo	
16	Choluluteca / San Marcos de Colon/ La Primavera	
17	Choluluteca / San Marcos de Colon/ La Trementina	
18	Choluluteca / San Marcos de Colon/ San Francisco	
19	Choluluteca / San Marcos de Colon/ Las Cañas	
20	Choluluteca / San Marcos de Colon/ An Jose De Caire	
21	Choluluteca / San Marcos de Colon/ El Trapiche	
22	Choluluteca / San Marcos de Colon/ San Marcos De Colon	
23	Comayagua / San José de Comayagua/ Bo. Abajo	
24	Comayagua/ San José de Comayagua/ Bo. El Centro	
25	Comayagua / Taulabe/ Jardines	
26	Comayagua / Taulabe/ Bo. Las Acasias	
27	Comayagua / Taulabe/ Bo. Las Acasias	
28	Copán / Cabañas / Cabañas	
29	Copán / Cabañas / Rio Negro	
30	Copán / Copán Ruinas / Copán Ruinas	
31	Copán / Copán Ruinas / El Cisne	
32	Copán / Copán Ruinas / Nueva Armenia	
33	Copán / Copán Ruinas / Las Flores	
34	Copán / Copán Ruinas / Rincon Del Buey	
35	Copán / Copán Ruinas / San Miguel Virginia	
36	Copán / La Jigua / Concepcion Barranca	
37	Copán / La Jigua / Aldea Nueva	
38	Copán / La Jigua / La Jigua	
39	Copán / Nueva Arcadia / Chalmeca	
40	Copán / Nueva Arcadia / La Entrada	
41	Copán / Nueva Arcadia / Los Tangos	
42	Copán / Nueva Arcadia / Nueva Arcadia	
43	Copán / Nueva Arcadia / Barrio De La Entrada Copan	
44	Copán / San Antonio / San Antonio	
45	Copán / San Antonio / San Joaquin	
46	Copán / San Jeronimo / San Jeronimo	
47	Copán / San Jeronimo / La Esperanza	
48	Copán / San Nicolas / San Nicolas	
49	Copán / San Nicolas / El Modelo	
50	Copán / Santa Rita / Santa Rita	
51	Copán / Santa Rita / El Zapote	
52	Copán / Santa Rita / Rio Amarillo	
53	Copán / Santa Rita / Otuta	
54	Copán / Santa Rita / Mirasol	
55	Copán / Santa Rita / Hospital Regional	
56	Cortés / Santa Cruz de Yojoa / El Llano	
57	Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Peña Blanca	
58	Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Las Flores	
59	Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Santa Cruz De Yojoa	
60	Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Yojoa	
61	Cortés / Santa Cruz de Yojoa / San Isidro	
62	Cortés / Santa Cruz de Yojoa / Los Caminos	
63	Intibucá / Concepción / Concepción	
64	Intibucá / Concepción / Guanijiquil	
65	Intibucá / Concepción / Jiquinlaca	
66	Intibucá / Magdalena / Magdalena	
67	Intibucá / San Antonio / San Antonio	
68	Intibucá / San Antonio / Santa Teresa	
69	Intibucá / San Antonio / San José	
70	Intibucá / San Miguelito / San Miguelito, Intibucá	
71	Intibucá / San Miguelito / Chupucay	

72	Intibucá / Santa Lucía / Santa Lucía	
73	La Paz / Aguanqueterique / Aguanqueterique	
74	La Paz / Aguanqueterique / Barrancaray	
75	La Paz / Aguanqueterique / Llanos De Candelaria	
76	La Paz / Santiago de Puringla / Santiago de Puringla	
77	La Paz / Santiago de Puringla / Hornitos	
78	La Paz / Santiago de Puringla / Cedritos	
79	La Paz / Santiago de Puringla / Ocotal	
80	La Paz / Santiago de Puringla / San Antonio De Santiago	
81	Lempira/ Candelaria / Bo. San Francisco	
82	Lempira / Candelaria / San Lorenzo Centro	
83	Lempira / Candelaria / San Francisco Centro	
84	Lempira / Candelaria / Bo. San Francisco	
85	Lempira / Cololaca / Cololaca Centro	
86	Lempira / Cololaca / Malsincales Centro	
87	Lempira / Gualcince / Gualcinse Centro	
88	Lempira / Gualcince / Tixila Centro	
89	Lempira / Gualcince / Santo Tomas Centro	
90	Lempira / Gualcince / Plan Grande Centro	
91	Lempira / Gualcince / Bo. Calvario	
92	Lempira / Guarita / San Antonio Mapulaca Centro	
93	Lempira / Guarita / Piraera Centro	
94	Lempira / Guarita / San Sebastian Centro	
95	Lempira / Guarita / San Felipe Centro	
96	Lempira / La Iguala / San Simon Centro	
97	Lempira / La Iguala / Sunsunlaca Centro	
98	Lempira / La Iguala / Santiago Centro	
99	Lempira / La Iguala / San Francisco Centro	
100	Lempira / La Iguala / Cruz Concordia Centro	
101	Lempira / La Virtud / Bo. La Libertad	
102	Lempira / La Virtud / Corante Centro	
103	Lempira / Lepaera / Guanajulque Centro	
104	Lempira / Lepaera / San Jose Centro	
105	Lempira / Lepaera / Bo. 24 De Octubre	
106	Lempira / Lepaera / Bo. El Calvario	
107	Lempira / Lepaera / Chorrera Centro	
108	Lempira / Lepaera / Santa Cruz Centro	
109	Lempira / Lepaera / San Ramon Centro	
110	Lempira / Mapulaca / Gualcinse Centro	
111	Lempira / Mapulaca / Talgua Centro	
112	Lempira / Piraera / Tenango Centro	
113	Lempira / Piraera / Bo. Centro	
114	Lempira / Piraera / Chinquin Centro	
115	Lempira / San Andrés / Terlaca Centro	
116	Lempira / San Andrés / Olosingo Centro	
117	Lempira / San Andrés / La Campa Centro	
118	Lempira / San Andrés / Mescalio Centro	
119	Lempira / San Andrés / La Iguala Centro	
120	Lempira / San Juan Guarita / Lagunas De La Iguala Centro	
121	Lempira / San Juan Guarita / Taragual Centro	
122	Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. Centro	
123	Lempira / San Manuel de Colohete / San Bartolo Centro	
124	Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. El Centro	
125	Lempira / San Manuel de Colohete / Bo. El Centro	
126	Lempira / San Marcos de Caiquin / Las Flores Centro	
127	Lempira / San Marcos de Caiquin / Mercedes Centro	
128	Lempira / San Sebastián / El Carmen Centro	
129	Lempira / San Sebastián / Jagua Centro	
130	Lempira / Tambla / Tambla Centro	
131	Lempira / Tomalá / Bo. El Centro	
132	Lempira / Tomalá / San Critobal Centro	
133	Lempira / Valladolid / Valladolid Centro	
134	Lempira / Virginia / Virginia Centro	
135	Lempira / Virginia / Agua Zarca Centro	
136	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Dulce Nombre De Culmi	
137	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Colonia	
138	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Pisijire	
139	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Pueblo Viejo	
140	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / El Cerro	
141	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Paulaya	
142	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Las Marias	
143	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Mata De Maiz	
144	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Llorona	
145	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Subirana	
146	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Wasparani	

147	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Campana	
148	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Yorito	
149	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / San Jose Del Guano	
150	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Buenos Aires	
151	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / La Nueva Esperanza	
152	Olancho / Dulce Nombre de Culmí / Rio Chiquito	
153	Santa Bárbara / San Marcos /San Francisco De Los Valles	
154	Santa Bárbara / San Marcos / San Marcos	
155	Santa Bárbara / San Marcos / Potrerillos	
156	Santa Bárbara / San Marcos / Sitio Viejo	
157	Santa Bárbara / San Marcos / San Marcos	
158	Valle / Langue / Langue	
159	Valle / Langue / Concepcion De Maria	
160	Valle / Langue / El Carrizal	
161	Valle / Langue / Llanito Verde	
162	Valle / Langue / El Naranjo	
163	Valle / Langue / Las Marias De Langue	
164	Valle / Langue / Las Olivas	
165	Valle / Langue / San Marcos	
166	Valle / Langue / San Francisco	
167	Valle / Langue / Los Llanos	
168	Valle / Langue / El Picacho	
169	Valle / Langue / Potrerillos	
170	Valle / Langue / Agua Zarca	
171	Valle / Langue / El Papalon	
-1	No sabe	




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 / Langué / Langué
- ☐ Valle / Langué / Concepcion De Maria
- ☐ Valle / Langué / El Carrizal
- ☐ Valle / Langué / Llanito Verde
- ☐ Valle / Langué / El Naranjo
- ☐ Valle / Langué / Las Marias De Langué
- ☐ Valle / Langué / Las Olivas
- ☐ Valle / Langué / San Marcos
- ☐ Valle / Langué / San Francisco
- ☐ Valle / Langué / Los Llanos
- ☐ Valle / Langué / El Picacho
- ☐ Valle / Langué / Potrerillos
- ☐ Valle / Langué / Agua Zarca
- ☐ Valle / Langué / El Papalon
- ☐ No sabe

Question: MRR_DATE
Required


 2. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required

 3. Identificación 1 del entrevistador


Question: MRR_INTERVW_ID2

 4. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	CESAR	
2	CESAMO	
3	CMI	
4	Hospital	

 5. Tipo de unidad médica

- ☐ CESAR
- ☐ CESAMO
- ☐ CMI
- ☐ Hospital

Page Break

Collection: MRR Obstetric
Contains: Neonatal Complications

Collection: Neonatal Complications
Contains: MRR_NEO_COMP, MRR_NEO_GEN, GEN_COMPL_INFO, NEO_SEPSIS, NEO_LBW, NEO_PRE, NEO_ASP, GEN_DISPOSITION
Show if: (FACILITY_TYPE >= 3)

Complicaciones neonatales

Question: MRR_NEO_COMP
Minimum checks: 1



6. Indique si el bebé tuvo alguna de las siguientes complicaciones


- ☐ Sepsis
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Asfixia al nacimiento
- ☐ Prematurez
- ☐ No

Page Break

Collection: MRR_NEO_GEN
Contains: MRR_AGE_BABY, MRR_AGE_MOM, MRR_MOM_LITERACY, MRR_MOM_EDU, MRR_MOM_MAR_STAT

Question: MRR_AGE_BABY
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	Edad en horas:	
1	Edad en días:	
2	Edad en meses:	
3	Edad en años:	
-1	No registrado	

 7. Edad del niño

- ☐ Edad en horas:
☐ Edad en días:
☐ Edad en meses:
☐ Edad en años:
☐ No registrado

Question: MRR_AGE_MOM
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Edad:	
-1	No registrado	

 8. Edad de la madre

- ☐ Edad:
☐ No registrado

Question: MRR_MOM_LITERACY
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alfabeta	
0	Analfabeta	
-1	No registrado	

 9. Alfabetismo de la madre

- ☐ Alfabeta
☐ Analfabeta
☐ No registrado

Question: MRR_MOM_EDU
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria	
3	Secundaria	
4	Preparatoria	
5	Universidad	
-1	No registrado	

 10. Educación de la madre

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

Question: MRR_MOM_MAR_STAT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casada	
2	Unión libre	
3	Soltera	
4	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 11. Estado civil de la madre


- ☐ Casada
☐ Unión libre
☐ Soltera

- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: GEN_COMPL_INFO**Contains:** NEO_BIRTH_DATE, NEO_BIRTH_TIME, NEO_ADM_DATE, NEO_ADM_TIME, NEO_GESTAGE, NEO_GENDER, NEO_MOMCOMPL**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis] or [Bajo peso al nacer] or [Asfisia al nacimiento] or [Prematurez])**Question:** NEO_BIRTH_DATE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si:	
-1	No registrado	


 12. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Fecha de nacimiento

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

Question: NEO_BIRTH_TIME**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	


 13. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de nacimiento

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_ADM_DATE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si:	
-1	No registrado	


 14. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

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

Question: NEO_ADM_TIME**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	


 15. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_GESTAGE**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Edad:	
-1	No registrado	

 16. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: NEO_GENDER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Masculino	
2	Femenino	
-1	No registrado	

 17. Sexo

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No registrado

Question: NEO_MOMCOMPL
Minimum checks: 1

18. Anote si la madre tuvo alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Pre eclampsia
☐ Eclampsia
☐ Sepsis
☐ Hemorragia
☐ Otra
☐ Sin complicaciones

Collection: NEO_SEPSIS
Contains: NEO_SEP_BASIC, NEO_SEP_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con septicemia.

Collection: NEO_SEP_BASIC
Contains: NEO_SEP_BASIC_CONSULT, NEO_SEP_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_SEP_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_SEP_BASIC_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_CHECK1

19.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_CHECK2

20.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Distal coldness	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB1

21.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morfología de neutrófilos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora en que se hizo por primera vez

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB2

22.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (espec				

(especificar)

☐**Question:** NEO_SEP_BASIC_CONSULT**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



23. ¿Fue revisado el bebé por un médico al momento del ingreso?

- ☐ Si
☐ No

Auto Page Break

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_SEP_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



24. Fecha de revisión

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

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_SEP_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



25. Hora de revisión

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Page Break

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_MED

26.	Adminstrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_SEP_BASIC_MEDICATIONS**Required**

Show if: ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) and (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

27. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ☐ Si
☐ No

Page Break

Collection: NEO_SEP_COMP
Contains: NEO_SEP_COMP_CONSULT, NEO_SEP_COMP_CONSULT_DATE, NEO_SEP_COMP_CONSULT_TIME, NEO_SEP_COMP_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_CHECK1

28.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_CHECK2

29.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_LAB

30.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ^ 3 liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No registrado	

31. ¿Fue revisado el bebé por un médico al momento del ingreso?

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

Auto Page Break

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_SEP_COMP_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



32. Fecha

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

Question: NEO_SEP_COMP_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_SEP_COMP_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



33. Hora

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Page Break

Anote si se administraron los siguientes medicamentos y sus dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: NEO_SEP_COMP_MED

34.	Adminstrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_SEP_COMP_MEDICATIONS

Required

Show if: ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) or (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))) or ((NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1) and (NEO_SEP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1))

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

35. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ☐ Si
☐ No

Page Break

Collection: NEO_LBW
Contains: NEO_LBW_BASIC, NEO_LBW_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con bajo peso al nacer.

Collection: NEO_LBW_BASIC
Contains: NEO_LBW_BASIC_GEST_METHOD, NEO_LBW_BASIC_CONSULT, NEO_LBW_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_LBW_BASIC_CONSULT_TIME,
NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES, NEO_LBW_BASIC_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Question: NEO_LBW_BASIC_GEST_METHOD
Minimum checks: 1

36. Anote el método usado para determinar la edad gestacional (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ FUM
☐ ECO
☐ Test de Ballard
☐ Perímetro cefálico
☐ Otro
☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones y sus valores, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_CHECK1

37.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_CHECK2

38.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_LAB1

39.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_BASIC_LAB2

40.

	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	




41. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si
☐ No

Auto Page Break

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT_DATE**Required****Show if:** (NEO_LBW_BASIC_CONSULT = 1:[Si])**Scale Summary**


Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 42. Fecha de evaluación

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


Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT_TIME**Required****Show if:** (NEO_LBW_BASIC_CONSULT = 1:[Si])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 43. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Page Break

Question: NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES**Minimum checks:** 1 44. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Oxygen hood
- ☐ Oxygen CAAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_BASIC_BABY_FOOD**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

 45. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
- ☐ Alimentación intravenosa
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: NEO_LBW_COMP**Contains:** NEO_LBW_COMP_CONSULT, NEO_LBW_COMP_CONSULT_DATE, NEO_LBW_COMP_CONSULT_TIME, NEO_LBW_COMP_PROCEDURES, NEO_LBW_COMP_BABY_FOOD**Show if:** (FACILITY_TYPE = 4)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones y sus valores, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_CHECK1

46.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_LAB1

47.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_LBW_COMP_LAB2

48.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	


49. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si
☐ No

Auto Page Break

Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_LBW_COMP_CONSULT = 1:[Si])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 50. Fecha de evaluación

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


Question: NEO_LBW_COMP_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_LBW_COMP_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 51. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Page Break

Question: NEO_LBW_COMP_PROCEDURES**Minimum checks:** 1 52. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Oxygen hood
- ☐ Oxygen CAAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_COMP_BABY_FOOD**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

 53. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
- ☐ Alimentación intravenosa
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: NEO_PRE
Contains: NEO_PRE_BASIC, NEO_PRE_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Prematurez])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.

Collection: NEO_PRE_BASIC
Contains: NEO_PRE_BASIC_GEST_METHOD, NEO_PRE_BASIC_CONSULT, NEO_PRE_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_PRE_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES, NEO_PRE_BASIC_BABY_FOOD
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Question: NEO_PRE_BASIC_GEST_METHOD
Minimum checks: 1

54. Anote el método usado para determinar la edad gestacional (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ FUM
☐ ECO
☐ Test de Ballard
☐ Perímetro cefálico
☐ Otro
☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones al bebé y sus valores, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_CHECK1

55.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones al bebé, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_CHECK2

56.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_LAB1

57.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_BASIC_LAB2

58.

	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No registrado	




59. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

Auto Page Break

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_PRE_BASIC_CONSULT = 1:[Si])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 60. Fecha de evaluación

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


Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_PRE_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 61. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Page Break

Question: NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES**Minimum checks:** 1 62. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Oxygen hood
- ☐ Oxygen CAAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_PRE_BASIC_BABY_FOOD**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

 63. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
- ☐ Alimentación intravenosa
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: NEO_PRE_COMP**Contains:** NEO_PRE_COMP_CONSULT, NEO_PRE_COMP_CONSULT_DATE, NEO_PRE_COMP_CONSULT_TIME, NEO_PRE_COMP_PROCEDURES, NEO_PRE_COMP_BABY_FOOD**Show if:** (FACILITY_TYPE = 4)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones y sus valores, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_CHECK1

64.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_LAB1

65.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_PRE_COMP_LAB2

66.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	


67. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si
☐ No

Auto Page Break

Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_PRE_COMP_CONSULT = 1:[Si])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 68. Fecha de evaluación

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


Question: NEO_PRE_COMP_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_PRE_COMP_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 69. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Page Break

Question: NEO_PRE_COMP_PROCEDURES**Minimum checks:** 1 70. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Oxygen hood
- ☐ Oxygen CAAP
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_PRE_COMP_BABY_FOOD**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alimentación al seno materno	
2	Alimentación intravenosa	
995	Otro	
-1	No registrado	

 71. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
- ☐ Alimentación intravenosa
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Page Break

Collection: NEO_ASP
Contains: NEO_ASP_BASIC, NEO_ASP_COMP
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Asfisia al nacimiento])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con asfisia.

Collection: NEO_ASP_BASIC
Contains: NEO_ASP_BASIC_CONSULT, NEO_ASP_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_ASP_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_ASP_BASIC_BABY_HAVE, NEO_ASP_BASIC_PROCEDURES, NEO_ASP_BASIC_MEDICATIONS
Show if: (FACILITY_TYPE = 3)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones al bebé, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_CHECK1

72.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a 1 minuto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a los 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones al bebé, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_CHECK2

73.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_LAB1

74.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10 ³ /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10 ³ /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_LAB2

75.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



76. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si
☐ No

Auto Page Break

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_ASP_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



77. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_ASP_BASIC_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	




78. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Page Break

Question: NEO_ASP_BASIC_BABY_HAVE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Apnea	
2	Meconio	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 79. Anote si tuvo el bebé los siguientes:

- ☐ Apnea
- ☐ Meconio
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_BASIC_PROCEDURES**Minimum checks:** 1 80. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Ventilación con presión positive
- ☐ Oxígeno al 100%
- ☐ Succión de secreciones
- ☐ Otro
- ☐ No registrado


Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: NEO_ASP_BASIC_MED

81.	Adminstrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicillina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_ASP_BASIC_MEDICATIONS**Required****Show if:** ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OME1 = 1) and (NEO_ASP_BASIC_MED_ADM_OAN = 1))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 82. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ☐ Si
- ☐ No

Page Break

Collection: NEO_ASP_COMP**Contains:** NEO_ASP_COMP_CONSULT, NEO_ASP_COMP_CONSULT_DATE, NEO_ASP_COMP_CONSULT_TIME, NEO_ASP_COMP_RADIOGRAPHY, NEO_ASP_COMP_PROCEDURES, NEO_ASP_COMP_MEDICATIONS**Show if:** (FACILITY_TYPE = 4)

Añote si se realizaron las siguientes revisiones y sus valores, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_CHECK1

83.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Añote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_CHECK2

84.	Registrado (si/no)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Añote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_LAB1

85.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ^3/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x 10 ^3/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cultivo de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Añote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_LAB2

86.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (espec	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(especificar) ☐
Otro ☐
(especificar)

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	




87. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si
☐ No

Auto Page Break

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT_DATE
Required
Show if: (NEO_ASP_COMP_CONSULT = 1:[Si])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 88. Fecha de evaluación

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

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_ASP_COMP_CONSULT = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	


 89. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Page Break

Question: NEO_ASP_COMP_RADIOGRAPHY**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 90. Anote si se tomó una radiografía de tórax

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_ASP_COMP_PROCEDURES**Minimum checks:** 1 91. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Oxygen hood
☐ Oxygen CAAP
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado


Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: NEO_ASP_COMP_MED 92.

	Adminstrado (si/no)	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicillina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_ASP_COMP_MEDICATIONS**Required****Show if:** ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_GEN = 1) and ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_AMP = 1) and ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) or (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1))) or ((NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OME1 = 1) and (NEO_ASP_COMP_MED_ADM_OAN = 1))**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 93. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ☐ Si
☐ No

Page Break

Collection: GEN_DISPOSITION**Contains:** NEO_DISPOSITION, NEO_SEP_REF_REAS, NEO_LBW_REF_REAS, NEO_PRE_REF_REAS, NEO_ASP_REF_REAS, NEO_REF_HOW, NEO_DIS_DATE, NEO_DIS_TIME, NEO_DEATH_DATE, NEO_DEATH_TIME**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis] or [Bajo peso al nacer] or [Asfisia al nacimiento] or [Prematurez])**Question:** NEO_DISPOSITION**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	



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

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

Auto Page Break

Question: NEO_SEP_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis]) 95. SEPSIS

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) 96. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Downes
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Silverman
- ☐ Bajo nivel de saturación de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_PRE_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Prematurez]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) 97. PREMATUREZ


Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Downes
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Silverman
- ☐ Bajo nivel de saturación de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of [Asfixia al nacimiento]) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) 98. ASFIXIA AL NACIMIENTO

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Bajo puntaje Apgar
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_REF_HOW**Minimum checks:** 1**Show if:** (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of [Bajo peso al nacer] or [Prematurez]) 99. Anote cómo fue transferido el bebé (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Incubadora
- ☐ Administración de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_DIS_DATE**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If

1	Fecha:	
-1	No registrado	



100. Fecha de egreso/referencia

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

Question: NEO_DIS_TIME**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



101. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_DEATH_DATE**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



102. Fecha de defunción

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

Question: NEO_DEATH_TIME**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



103. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Page Break

Question: COMMENT_COMPL_NEONATAL

104. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección



Usted ha llegado al final de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat