



0%



**BID**

Banco Interamericano de Desarrollo

### Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

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

ID:

#### Revisión del registro médico

##### 1. 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, especificar:

---

2. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

---

3. Identificación 1 del entrevistador

---

4. Identificación 2 del entrevistador

## 5. Tipo de unidad médica

- ☐ CESAR
- ☐ CESAMO
- ☐ CMI
- ☐ Hospitals

**Preguntas generales**

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

## 6. Edad:

-1 = no registrada

## 7. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

## 8. Educación

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

## 9. Estado civil

- ☐ Casada(o)
- ☐ Unión libre
- ☐ Soltera(o)
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

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

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

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

**Consultas de atención prenatal**

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

- ☐ Número:
- ☐ No registrado

## 12.

<input type="text"/>
Agregar

## 1. Registre quién dio la atención prenatal

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

## 13.

<input type="text"/>
Agregar

## 1. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones en cada visita de atención prenatal

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos en la atención prenatal en relación al feto. También registre la fecha de la primera visita de atención prenatal en que fueron registrados

14. 1.ra visita Fecha (DD/MM/AAAA)
- Frecuencia cardíaca fetal
- Movimiento fetal

15.

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

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

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

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

17. Se administró toxoide tetánico:

(SELECCIONE UNO POR FILA):	Sí	No
1.ra dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Se hizo prueba de anticuerpos para rubeola

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

19. Fecha de última menstruación

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

20. Fecha de primera visita a atención prenatal

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

21. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

Nacimiento

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

#### Atención al nacimiento

22. Fecha de ingreso

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

23. Hora de ingreso

- ☐ Hora:  (HH:MM)   
☐ No registrado

24. Fecha en que ocurrió el nacimiento

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

25. Hora en que ocurrió el nacimiento

- ☐ Hora:  (HH:MM)   
☐ No registrado

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

- ☐ Sí   
☐ No   
☐ No registrado

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

- ☐ Sí   
☐ No   
☐ No registrado

Registre si se administró a la mujer:

28.	Administrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros uterotónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

29. Forma de administración de la oxitocina:

- ☐ Intramuscular   
☐ Intravenosa   
☐ No registrado

30. Partograma

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

Revise el partograma y anote si se registró la siguiente información

31.	Registrada (si/no)
Nombre de la paciente	<input type="checkbox"/>
Curva complete hasta el momento del nacimiento	<input type="checkbox"/>
Interpretación de la curva real vs. la curva de advertencia.	<input type="checkbox"/>
Representación gráfica de la frecuencia cardíac fetal	<input type="checkbox"/>
Interpretación de cambios en la frecuencia cardiac fetal	<input type="checkbox"/>
Gráfica de la frecuencia de contracciones uterinas	<input type="checkbox"/>
Interpretación de cambios en contracciones uterinas	<input type="checkbox"/>
Tensión arterial sistólica	<input type="checkbox"/>
Tensión arterial diastólica	<input type="checkbox"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>
Posición del bebé	<input type="checkbox"/>
Intensidad de las contracciones	<input type="checkbox"/>
Localización del dolor	<input type="checkbox"/>
Intensidad del dolor	<input type="checkbox"/>

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

-- Seleccione uno --

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

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

34. Indique si la mujer fue referida

-- Seleccione uno --

35. Razón por la que fue referida

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

36. Tipo de nacimiento

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

#### Período posparto

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

37.	Número de veces durante las primeras 3 horas	4 veces en la primera hora (si/no)	2 veces en la segunda hora (si/no)	2 veces en la tercera hora (si/no)
Presión arterial diastólica	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial sistólica	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulso	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

- ☐ Médico

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

40. Tipo de nacimiento:

- ☐ Un solo bebé  
☐ Múltiple  
☐ No registrado

41. Sexo del bebé:

- ☐ Masculino  
☐ Femenino  
☐ No registrado

42. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

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

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

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

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

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

45. Recibió la mujer anticoncepción

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ Referida  
☐ No registrado

46. Método anticonceptivo recibido

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

47. 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

---

48. Razón por la que fue referida:

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

---

49. Lugar a donde fue referida:

---

50. Fecha de egreso/referencia

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

---

51. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

---

52. Fecha de defunción

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

---

53. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

---

54. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

---

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

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.