


 0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID


BID

Banco Interamericano de Desarrollo

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_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT, NAME_REG, FACILITY_ID

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

Question: MRR_DATE
Required

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required

2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Centro de salud	
4	Hospital primario	
5	Hospital departamental	
6	Hospital regional	

4. Tipo de unidad médica

- ☐ Centro de salud
☐ Hospital primario
☐ Hospital departamental
☐ Hospital regional

Jump-To: JMP1

Description:

Jump-To-Item: NOT_ELEGIBLE

Jump-If: (MRR_TYPE_UNIT is-none-of 3:[Centro de salud] or 4:[Hospital primario] or 5:[Hospital departamental] or 6:[Hospital regional])

Question: NAME_REG**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	Bilwi	
1	Jinotega	
3	Las Minas	
2	Matagalpa	
4	Madriz	<i>Never Shown</i>
5	RAAS	<i>Never Shown</i>
6	Chontales	<i>Never Shown</i>

5. Nombre de la región

- ☐ Bilwi
☐ Jinotega
☐ Las Minas
☐ Matagalpa
☐ Madriz
☐ RAAS
☐ Chontales

Question: FACILITY_ID**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
8	Abisinia (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
240	Las Quebradas Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
52	Adelina Ortega Castro (Centro de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
46	Las Vegas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
180	Aguas Claras Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
293	Layasixa Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
362	Aguas Frias (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
381	Leymus (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
357	Alal (Puesto de salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
195	Lidaukra (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
280	Andres Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
116	Likia (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
371	Arenas Blancas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
361	Lisawe	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
247	Asang Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
258	Livingkrick Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
193	Auhya Pihni (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
54	Loma Alta Arriba (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
200	Awastara Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
131	Los Limones (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
264	Awastigni Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
64	Maleconcito (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
14	Ayapal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
209	Maniwatla (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
221	Banacruz (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
266	Miguel Bikan Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
187	Betania (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
237	Mongallo Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
358	Betlehem (Puesto de salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
162	Montaña Grande Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
43	Bijawal(Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
176	Musawas Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
250	Bilwaskarma (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
356	Naranjal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
257	Bismona Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])

375	Nazareth (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
67	Boca de Wamblán (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
42	Nelson Rodríguez (Centro de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
16	Bocas de Atapal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
199	Ninayari Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
364	Bocas de Par Par (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
185	Nuevo Amanecer (hospital regional)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
363	Bocas de Plis (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
135	Ocote Arriba (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
6	Bocaycito (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
370	Ocote Tuma (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
206	Boom Sirpi (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
245	Oswald (hospital primario)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
284	Cabo Viejo (antes Cabo Gracias) Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
999	Otro (especificar)	
228	Carlos Centeno (Hospital primario)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
204	Pahra (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
124	Colonia Agrícola (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
111	Pancasán Matiguás (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
373	Columbus (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
7	Pedernales (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
299	Comandante Carlos Fonseca (hospital primario)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
235	Peñas Blancas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
231	Cooperna (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
366	Pierre Cross Jeans (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
163	Cuajin iquil (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
9	Pita del Carmen (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
211	Dakra Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
65	Plan de Grama (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
4	El Bote (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
53	Planes de Vilan (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
60	El Carmen (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
369	Posolera (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
319	El Carmen (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
292	Prinzapolka Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
133	El Carrizal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
289	Prinzapolka, Prinzu Pawanka (hospital primario)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
10	El Cedro (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
172	Puerto Viejo Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
55	El Corozal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
365	Puntizuela (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
290	El corozo (Nuevo) (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
196	Rahawawatla Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
115	El Corozo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
121	Rancho Grande Centro de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
368	El Coyolar (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
220	Risco de Oro (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
3	El Golfo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
244	Rosa Grande (antes Santa Rosa) Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
241	El Guayabo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
218	Rosario Pravia Medina (hospital primario)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
234	El Hormiguero Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
208	Sagnilaya Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])

367	El Hular (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
212	Sahsa Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
114	El Jobo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
380	Saklin (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
160	El Naranjo Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
274	San Alberto Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
68	El Subterráneo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
255	San Carlos Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
15	El Tigre (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
130	San Dionisio (Centro de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
167	El Tuma (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
249	San Jerónimo Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
118	Emiliano Pérez (Centro de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
110	San José (hospital primario)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
360	Enmanuel (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
18	San Juan (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
184	Ernesto Hodgson Write (Centro de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
376	San Pablo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
177	Españolina (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
272	San Pedro Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
175	Esteban Jaens Serrano (hospital primario)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
378	Santa Clara (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
170	Fidel Ventura (hospital primario)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
47	Santa Elena (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
236	Floripon Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
276	Santa Fe Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
252	Francia Sirpi (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
165	Santa Luz Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
161	Francisco Buitrago (Centro de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
226	Santa Maria Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
227	Fruta de Pan (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
198	Santa Marta (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
374	Greyton (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
229	Santa Rita Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
168	Guapotal (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
2	Santa Rosa (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
230	Guineo Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
261	Saupuka Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
295	Halover (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
379	Sawa (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
1	Héroes y Mártires del Cua (Hospital primario)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
239	Sikita Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
355	Héroes y Mártires San Jose de las Mulas (Hospital primario)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
291	Silibila (Nuevo) Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
119	Jesús Bermúdez (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
186	Sisin (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
58	Jiquelete (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
372	Sofana (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
59	Jorge Navarro (Hospital primario)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
69	Somotignes (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
387	Juan C. Flores (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
194	Sukatpin (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
134	Junquillo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
213	Sumubila Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
191	Kahka Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])

132	Susulí (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
214	Kamla Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
224	Susun Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
173	Kaskita (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
232	Tadazna Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
260	Kisalaya (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
56	Tamalaque (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
279	Klar Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
377	Tasba Pain (Nuevo) (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
190	Kligna Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
248	Tronquera (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
281	Klinsnack Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
205	Tuapi (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
262	Koom Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
210	Tuara Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
197	Krukira Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
384	Tuburus (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
385	KuanWatla (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
263	Tuskirusirpi (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
174	Kubalí (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
268	Tuskrutara Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
286	Kuiwitngni (Nuevo) Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
278	Uhri Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
386	Kukayala (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
238	Union Labu Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
382	Kururia (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
179	Vesubio Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
123	Kuskawas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
359	Villa Sikia (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
254	La Esperanza Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
63	Wablan (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
5	La Lana (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
294	Walpasiksa (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
169	La Mora (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
233	Wany (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
112	La Patriota (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
223	Wasakin Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
45	La Pavona (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
267	Wasla Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
44	La Rica (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])
192	Wawa Bar (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
166	La Tronca (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
283	Wisconsin Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
383	Laguna de Kukayala (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
253	Wiwinack Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
275	Laguntara Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
296	Wontabar (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
202	Lamlaya Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
201	Yulo (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
188	Lapan Puesto de Salud)	(NAME_REG = 7:[Bilwi])
243	Zapota Kum (Nuevo) Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
225	Las Breñas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 3:[Las Minas])
171	Zinica Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
122	Las Brisas (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 2:[Matagalpa])
57	Zompopera (Puesto de Salud)	(NAME_REG = 1:[Jinotega])

6. Identificación del centro:

- ☐ Abisinia (Puesto de Salud)
☐ Adelina Ortega Castro (Centro de Salud)
☐ Aguas Claras Puesto de Salud)
☐ Aguas Frias (Puesto de Salud)
☐ Alal (Puesto de salud)
☐ Andres Puesto de Salud)
☐ Arenas Blancas (Puesto de Salud)
☐ Asang Puesto de Salud)
☐ Auhya Pihni (Puesto de Salud)
☐ Awastara Puesto de Salud)
☐ Awastigni Puesto de Salud)
☐ Ayapal (Puesto de Salud)
☐ Banacruz (Puesto de Salud)
☐ Betania (Puesto de Salud)
☐ Betlehem (Puesto de salud)
☐ Bijawal(Puesto de Salud)
☐ Bilwaskarma (Puesto de Salud)
☐ Bisma Puesto de Salud)
☐ Boca de Wamblán (Puesto de Salud)
☐ Bocas de Atapal (Puesto de Salud)
☐ Bocas de Par Par (Puesto de Salud)
☐ Bocas de Plis (Puesto de Salud)
☐ Bocaycito (Puesto de Salud)
☐ Boom Sirpi (Puesto de Salud)
☐ Cabo Viejo (antes Cabo Gracias) Puesto de Salud)
☐ Carlos Centeno (Hospital primario)
☐ Colonia Agrícola (Puesto de Salud)
☐ Columbus (Puesto de Salud)
☐ Comandante Carlos Fonseca (hospital primario)
☐ Coopera (Puesto de Salud)
☐ Cuajin iquil (Puesto de Salud)
☐ Dakra Puesto de Salud)
☐ El Bote (Puesto de Salud)
☐ El Carmen (Puesto de Salud)
☐ El Carmen (Puesto de Salud)
☐ El Carrizal (Puesto de Salud)
☐ El Cedro (Puesto de Salud)
☐ El Corozal (Puesto de Salud)
☐ El corozo (Nuevo) (Puesto de Salud)
☐ El Corozo (Puesto de Salud)
☐ El Coyolar (Puesto de Salud)
☐ El Golfo (Puesto de Salud)
☐ El Guayabo (Puesto de Salud)
☐ El Hormiguero Puesto de Salud)
☐ El Hular (Puesto de Salud)
☐ El Jobo (Puesto de Salud)
☐ El Naranjo Puesto de Salud)
☐ Las Quebradas Puesto de Salud)
☐ Las Vegas (Puesto de Salud)
☐ Layasixa Puesto de Salud)
☐ Leymus (Puesto de Salud)
☐ Lidaukra (Puesto de Salud)
☐ Likia (Puesto de Salud)
☐ Lisawe
☐ Livingkrick Puesto de Salud)
☐ Loma Alta Arriba (Puesto de Salud)
☐ Los Limones (Puesto de Salud)
☐ Maleconcito (Puesto de Salud)
☐ Maniwatla (Puesto de Salud)
☐ Miguel Bikan Puesto de Salud)
☐ Mongallo Puesto de Salud)
☐ Montaña Grande Puesto de Salud)
☐ Musawas Puesto de Salud)
☐ Naranjal (Puesto de Salud)
☐ Nazareth (Puesto de Salud)
☐ Nelson Rodríguez (Centro de Salud)
☐ Ninayari Puesto de Salud)
☐ Nuevo Amanecer (hospital regional)
☐ Ocote Arriba (Puesto de Salud)
☐ Ocote Tuma (Puesto de Salud)
☐ Oswald (hospital primario)
☐ Otro (especificar)
☐ Pahra (Puesto de Salud)
☐ Pancasán Matiguás (Puesto de Salud)
☐ Pedernales (Puesto de Salud)
☐ Peñas Blancas (Puesto de Salud)
☐ Pierre Cross Jeans (Puesto de Salud)
☐ Pita del Carmen (Puesto de Salud)
☐ Plan de Grama (Puesto de Salud)
☐ Planes de Vilan (Puesto de Salud)
☐ Posolera (Puesto de Salud)
☐ Prinzapolka Puesto de Salud)
☐ Prinzapolka, Prinzu Pawanka (hospital primario)
☐ Puerto Viejo Puesto de Salud)
☐ Puntizuela (Puesto de Salud)
☐ Rahawawatla Puesto de Salud)
☐ Rancho Grande Centro de Salud)
☐ Risco de Oro (Puesto de Salud)
☐ Rosa Grande (antes Santa Rosa) Puesto de Salud)
☐ Rosario Pravia Medina (hospital primario)
☐ Sagnilaya Puesto de Salud)
☐ Sahsa Puesto de Salud)
☐ Saklin (Puesto de Salud)
☐ San Alberto Puesto de Salud)

- ☐ El Subterráneo (Puesto de Salud)
- ☐ El Tigre (Puesto de Salud)
- ☐ El Tuma (Puesto de Salud)
- ☐ Emiliano Pérez (Centro de Salud)
- ☐ Enmanuel (Puesto de Salud)
- ☐ Ernesto Hodgson Write (Centro de Salud)
- ☐ Española (Puesto de Salud)
- ☐ Esteban Jaens Serrano (hospital primario)
- ☐ Fidel Ventura (hospital primario)
- ☐ Floripon Puesto de Salud)
- ☐ Francia Sirpi (Puesto de Salud)
- ☐ Francisco Buitrago (Centro de Salud)
- ☐ Fruta de Pan (Puesto de Salud)
- ☐ Greyton (Puesto de Salud)
- ☐ Guapotal (Puesto de Salud)
- ☐ Guineo Puesto de Salud)
- ☐ Halover (Puesto de Salud)
- ☐ Héroes y Mártires del Cua (Hospital primario)
- ☐ Héroes y Mártires San Jose de las Mulas (Hospital primario)
- ☐ Jesús Bermúdez (Puesto de Salud)
- ☐ Jiquelete (Puesto de Salud)
- ☐ Jorge Navarro (Hospital primario)
- ☐ Juan C. Flores (Puesto de Salud)
- ☐ Junquillo (Puesto de Salud)
- ☐ Kahka Puesto de Salud)
- ☐ Kamla Puesto de Salud)
- ☐ Kaskita (Puesto de Salud)
- ☐ Kisalaya (Puesto de Salud)
- ☐ Klar Puesto de Salud)
- ☐ Kligna Puesto de Salud)
- ☐ Klisnack Puesto de Salud)
- ☐ Koom Puesto de Salud)
- ☐ Krukira Puesto de Salud)
- ☐ KuanWatla (Puesto de Salud)
- ☐ Kubalí (Puesto de Salud)
- ☐ Kuiwitngni (Nuevo) Puesto de Salud)
- ☐ Kukayala (Puesto de Salud)
- ☐ Kururia (Puesto de Salud)
- ☐ Kuskawas (Puesto de Salud)
- ☐ La Esperanza Puesto de Salud)
- ☐ La Lana (Puesto de Salud)
- ☐ La Mora (Puesto de Salud)
- ☐ La Patriota (Puesto de Salud)
- ☐ La Pavona (Puesto de Salud)
- ☐ La Rica (Puesto de Salud)
- ☐ La Tronca (Puesto de Salud)
- ☐ Laguna de Kukayala (Puesto de Salud)
- ☐ Laguntara Puesto de Salud)
- ☐ Lamlaya Puesto de Salud)
- ☐ San Carlos Puesto de Salud)
- ☐ San Dionisio (Centro de Salud)
- ☐ San Jerónimo Puesto de Salud)
- ☐ San José (hospital primario)
- ☐ San Juan (Puesto de Salud)
- ☐ San Pablo (Puesto de Salud)
- ☐ San Pedro Puesto de Salud)
- ☐ Santa Clara (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Elena (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Fe Puesto de Salud)
- ☐ Santa Luz Puesto de Salud)
- ☐ Santa Maria Puesto de Salud)
- ☐ Santa Marta (Puesto de Salud)
- ☐ Santa Rita Puesto de Salud)
- ☐ Santa Rosa (Puesto de Salud)
- ☐ Saupuka Puesto de Salud)
- ☐ Sawa (Puesto de Salud)
- ☐ Sikita Puesto de Salud)
- ☐ Silibila (Nuevo) Puesto de Salud)
- ☐ Sisin (Puesto de Salud)
- ☐ Sofana (Puesto de Salud)
- ☐ Somotignes (Puesto de Salud)
- ☐ Sukatpin (Puesto de Salud)
- ☐ Sumubila Puesto de Salud)
- ☐ Susulí (Puesto de Salud)
- ☐ Susun Puesto de Salud)
- ☐ Tadazna Puesto de Salud)
- ☐ Tamalaque (Puesto de Salud)
- ☐ Tasba Pain (Nuevo) (Puesto de Salud)
- ☐ Tronquera (Puesto de Salud)
- ☐ Tuapi (Puesto de Salud)
- ☐ Tuara Puesto de Salud)
- ☐ Tuburus (Puesto de Salud)
- ☐ Tuskrusirpi (Puesto de Salud)
- ☐ Tuskrutara Puesto de Salud)
- ☐ Uhri Puesto de Salud)
- ☐ Union Labu Puesto de Salud)
- ☐ Vesubio Puesto de Salud)
- ☐ Villa Sikia (Puesto de Salud)
- ☐ Wablan (Puesto de Salud)
- ☐ Walpasiksa (Puesto de Salud)
- ☐ Wany (Puesto de Salud)
- ☐ Wasakin Puesto de Salud)
- ☐ Wasla Puesto de Salud)
- ☐ Wawa Bar (Puesto de Salud)
- ☐ Wisconsin Puesto de Salud)
- ☐ Wiwinack Puesto de Salud)
- ☐ Wontabar (Puesto de Salud)
- ☐ Yulo (Puesto de Salud)

- ☐ Lapan Puesto de Salud)
 ☐ Zapota Kum (Nuevo) Puesto de Salud)
- ☐ Las Breñas (Puesto de Salud)
 ☐ Zinica Puesto de Salud)
- ☐ Las Brisas (Puesto de Salud)
 ☐ Zompopera (Puesto de Salud)

Collection: MRR_OBSTETRIC

Contains: NEONATAL_COMPLICATIONS

Collection: NEONATAL_COMPLICATIONS

Contains: NEO_BIRTH_DATE, NEO_BIRTH_TIME, MRR_NEO_COMP, MRR_NEO_GEN, GEN_COMPL_INFO, NEO_SEPSIS, NEO_LBW, NEO_PRE, NEO_ASP, GEN_DISPOSITION

Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

Question: NEO_BIRTH_DATE

Required

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

7. 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	

8. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de nacimiento

- ☐ Hora: (HH:MM)
 ☐ No registrado

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de nacimiento fue . Por favor revisa expedientes con fechas de nacimiento entre 01/05/2012 - 31/05/2014.

Jump-To: JMP2

Description:

Jump-To-Item: END

Jump-If: (DATE_ELEGIBILITY_2014 = 0) or (DATE_ELEGIBILITY_2012 = 0)

Complicaciones neonatales

Question: MRR_NEO_COMP

Minimum checks: 1

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

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

Jump-To: JMP3

Description:

Jump-To-Item: NO_COMPL

Jump-If: (MRR_NEO_COMP is-any-of [No])

Collection: MRR_NEO_GEN

Contains: MRR_AGE_BABY, MRR_AGE_MOM, MRR_MOM_LITERACY, MRR_ETHNICITY, MRR_MOM_EDU, MRR_MAR_STAT, WOM_REG_ID

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	

10. 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	

11. 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	

12. Alfabetismo de la madre

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

Question: MRR_ETHNICITY**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mestiza	
2	Indigena	
3	Negra	
5	Blanca	
4	Otro	
-1	No registrado	

13. Etnia de la madre:

- ☐ Mestiza
- ☐ Indigena
- ☐ Negra
- ☐ Blanca
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: MRR_MOM_EDU**Required**

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

14. Educación de la madre

- ☐ Ninguna
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria

- ☐ Universidad
☐ No registrado

Question: MRR_MAR_STAT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casada	
2	Unión estable	
3	Soltera	
5	Divorciada	
6	Viuda	
7	Acompañada	
4	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

15. Estado civil de la madre:

- ☐ Casada
☐ Unión estable
☐ Soltera
☐ Divorciada
☐ Viuda
☐ Acompañada
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Question: WOM_REG_ID**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Jinotega	
2	Matagalpa	
3	RAAN	
4	Madriz	
5	RAAS	
6	Chontales	
995	Otra	

16. ¿De que región viene la mujer?

- ☐ Jinotega
☐ Matagalpa
☐ RAAN
☐ Madriz
☐ RAAS
☐ Chontales
☐ Otra

Collection: GEN_COMPL_INFO**Contains:** NEO_ADM_DATE, NEO_ADM_TIME, NEO_GESTAGE, NEO_GEST_METHOD, 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_ADM_DATE**Required**

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

17. 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	

18. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_GESTAGE

Required

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

19. Edad gestacional:

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: NEO_GEST_METHOD

Minimum checks: 1

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

- ☐ FUM
- ☐ ECO
- ☐ Ballard modificado o capurro
- ☐ Perímetro cefálico
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: NEO_GENDER

Required

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

21. Sexo del bebe

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No registrado

Question: NEO_MOMCOMPL

Minimum checks: 1

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

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

Collection: NEO_SEPSIS

Contains: NEO_SEP_ALL

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Sepsis])

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

Collection: NEO_SEP_ALL

Contains: NEO_SEP_BASIC_CON_EVER, NEO_SEP_BASIC_CONSULT, NEO_SEP_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_SEP_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_SEP_BASIC_MEDICATIONS

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

23.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Frecuencia respiratoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	por minuto		
Temperatura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	°C		
Otro (especificar)	<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

24.	Registrado (Sí/No)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frialdad distal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<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_COMP_LAB

25.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína C reactiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL		
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		%		
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB1

26.	Registrado (Sí/No)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morfología de neutrófilos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: NEO_SEP_BASIC_LAB2

27.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL		
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_SEP_BASIC_CON_EVER
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

28. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_SEP_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

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

30. Fecha de evaluación por un médico

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

Question: NEO_SEP_BASIC_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_SEP_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

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

31. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ 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_SEP_BASIC_MED

32.	Administrado (Sí/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="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<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	

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

- ☐ Si
☐ No

Collection: NEO_LBW

Contains: NEO_LBW_ALL

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_ALL

Contains: NEO_LBW_BASIC_CON_EVER, NEO_LBW_BASIC_CONSULT, NEO_LBW_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_LBW_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES, NEO_LBW_BASIC_BABY_FOOD

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

34.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
-----	-----------------------	-------	--------------------	--------------

Pulso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	por minuto		
Presión arterial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	por minuto		
Temperatura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	°C		
Peso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	gr		
Talla	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	cm		
Perímetro cefálico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	cm		
Escala de Silverman Anderson (S/A)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<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

35.	Registrado (Sí/No)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otra (especificar)	<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_LAB1

36.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno (SO ₂)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		%		
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<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

37.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL		
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_LBW_BASIC_CON_EVER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

38. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_LBW_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

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

40. Fecha de evaluación por un médico

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

Question: NEO_LBW_BASIC_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_LBW_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

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

41. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: NEO_LBW_BASIC_PROCEDURES

Minimum checks: 1

42. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Casco cefálico
☐ Puntas o cateter para oxígeno
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Oxígeno de cilindro
☐ 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	

43. Anote cómo fue alimentado el bebé

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

Collection: NEO_PRE

Contains: NEO_PRE_ALL

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Prematurez])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente **prematuro**.

Collection: NEO_PRE_ALL

Contains: NEO_PRE_BASIC_CON_EVER, NEO_PRE_BASIC_CONSULT, NEO_PRE_BASIC_CONSULT_DATE, NEO_PRE_BASIC_CONSULT_TIME, NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES, NEO_PRE_BASIC_BABY_FOOD

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

44. Registrado

	(Sí/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 Silverman Anderson (S/A)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<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

45.	Registrado (Sí/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="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

46.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno (SO ₂)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<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

47.	Registrado (Sí/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="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_PRE_BASIC_CON_EVER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

48. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_PRE_BASIC_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

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_LBW_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

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

50. Fecha de evaluación por un médico

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

Question: NEO_PRE_BASIC_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_LBW_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

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

51. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: NEO_PRE_BASIC_PROCEDURES

Minimum checks: 1

52. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Casco cefálico
☐ Puntas o catéter para oxígeno
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Oxígeno de cilindro
☐ 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	

53. Anote cómo fue alimentado el bebé

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

Collection: NEO_ASP

Contains: NEO_ASP_BASIC, NEO_ASP_COMP

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of [Asfixia al nacimiento])

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con **asfixia**.

Collection: NEO_ASP_BASIC

Contains: NEO_ASP_BASIC_CON_EVER, 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 = 2)

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

54.	Registrado (Sí/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 (especificar)	<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

55.	Registrado (Sí/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="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

56.	Registrado (Sí/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"/>
Conteo sanguíneo completo	<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 (especificar)	<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

57.	Registrado (Sí/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="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_ASP_BASIC_CON_EVER

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

58. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

☐ Si

☐ No

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT_DATE

Required

Show if: (NEO_ASP_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

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

60. Fecha de evaluación por un médico

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

Question: NEO_ASP_BASIC_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_ASP_BASIC_CON_EVER = 1:[Si])

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

61. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: NEO_ASP_BASIC_BABY_HAVE

Required

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

62. Anote si tuvo el bebé los siguientes:

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

Question: NEO_ASP_BASIC_PROCEDURES

Minimum checks: 1

63. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Ventilación con presión positive
☐ Oxígeno al 100%
☐ Succión de secreciones
☐ Bolsa de reanimación
☐ 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

64.	Administrado (Sí/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="text"/>	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="button" value="v"/>		<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	

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

- ☐ Si
☐ No

Collection: NEO_ASP_COMP

Contains: NEO_ASP_COMP_CON_EVER, 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 = 3)

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

66.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presión arterial	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Puntaje de APGAR	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman Anderson (S/A)	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="button" value="v"/>	<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

67.	Registrado (Sí/No)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="button" value="v"/>	<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

68.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno (SO2)	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuenta leucocitaria	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/> x10 ^3/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/> x 10 ^3/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/> g/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Proteína C reactiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	mg/dL		
Hemocultivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conteo sanguíneo completo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<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_COMP_LAB2

69.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL		
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_ASP_COMP_CON_EVER
Required
Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

70. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_ASP_COMP_CONSULT
Required
Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

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

Scale Summary

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

72. Fecha de evaluación por un médico

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

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

Scale Summary

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

73. Hora de evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: NEO_ASP_COMP_RADIOGRAPHY
Required
Scale Summary

Code	Label	Show-If
------	-------	---------

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

74. Anote si se tomó una radiografía de tórax

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_ASP_COMP_PROCEDURES

Minimum checks: 1

75. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
- ☐ Casco cefálico
- ☐ Puntas de oxígeno
- ☐ Ventilación mecánica
- ☐ Estancia en incubadora
- ☐ Oxígeno de cilindro
- ☐ 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

76.	Administrado (Sí/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="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<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	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Collection: GEN_DISPOSITION

Contains: NEO_DISPOSITION, NEO_DISPOSITION_REFER_UNIT, 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 [Asfixia 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 (abandono o fuga)	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Murió en el hospital

- ☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

Question: NEO_DISPOSITION_REFER_UNIT

Required

Show if: (NEO_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Centro de salud	
4	Hospital primario	
5	Hospital departamental	
6	Hospital regional	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

79. Indique que tipo de unidad médica el niño transferida

- ☐ Centro de salud
☐ Hospital primario
☐ Hospital departamental
☐ Hospital regional
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

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])

80. 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])

81. 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])

82. 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])

83. 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])

84. Añote 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 (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

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

85. 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 (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

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

86. 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	

87. 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	

88. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: COMMENT_COMPL_NEONATAL

89. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Los registros de las complicaciones neonatales sólo deben revisarse en los hospitales.

Ha indicado que este recién nacido no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, bajo peso al nacer, asfixia al nacimiento, y prematuridad.

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