



0%

Collection: LOGIN  
Contains: DATSTAT\_ALTPID



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: LOG\_IN  
Contains: REG\_NAME, FACILITY\_ID, DATE, INTERVW\_ID1, INTERVW\_ID2, CONSENT\_OBTAINED

Question: REG\_NAME  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kuna Yala	
2	Darién/Comarca Emberá	



1. Región

- ☐ Kuna Yala  
☐ Darién/Comarca Emberá

Question: FACILITY\_ID  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuirá (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	

46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	

## 2. Identificación del unidad médica:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiru (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)  
☐ Otro, especificar   
☐ No sabe  
☐ Se negó a contestar

Page Break

**Question:** DATE  
**Required**



3. Fecha:

(DD/MM/AAAA)

**Question:** INTERVW\_ID1  
**Required**



4. Identificación 1 del entrevistador

**Question:** INTERVW\_ID2



5. Identificación 2 del entrevistador

Page Break

---

*Busque a la persona responsable de la unidad médica o la persona que tenga el más alto cargo y que esté presente en la médica. A esa persona lea el siguiente consentimiento informado y si esa persona está de acuerdo en participar en el estudio, solicítele que firme el documento.*

Buen día, mi nombre es [NOMBRE]. Estamos realizando visitas a los servicios de salud para contribuir a mejorarlos. Su unidad médica ha sido elegida para participar en esta encuesta por lo que estamos solicitando su consentimiento para participar en ésta.

Le haremos preguntas acerca de diversos servicios que ofrecen a la población y le pediremos ver los registros de los pacientes. Los nombres de los pacientes no se registrarán, ni compartirán. La información acerca de esta unidad médica puede ser utilizada por el Ministerio de Salud u otras instituciones relacionadas, si así lo desean, para planificación y mejora de los servicios, o bien con fines de investigación. Los datos que se recopilen de esta unidad médica también se podrán proporcionar a investigadores para que realicen análisis, sin embargo, el nombre de su unidad médica no será proporcionado, solamente estarán disponibles los datos de la unidad médica. Con ello le garantizamos la total confidencialidad de la información que usted nos pueda brindar.

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria, usted tiene derecho a dejar de participar en cualquier momento y si desea no participar, no tendrá ninguna repercusión en su trabajo o su relación futura con el Ministerio de Salud.

Estamos solicitando su ayuda para asegurarnos de que la información que recopilamos sea precisa. Si hay preguntas para las cuales alguna otra persona sea más idónea para proporcionar la información, le agradeceríamos que nos presente a esa persona.

¿Tiene alguna pregunta acerca de la encuesta?  
¿Tengo su consentimiento para continuar?

Question: CONSENT\_OBTAINED  
Required

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

6. ¿Se obtuvo consentimiento?

☐

Sí

☐

No

Auto Page Break

---

**Jump-To:** JMP1  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** END  
**Jump-If:** (CONSENT\_OBTAINED = 0:[No])


**Collection:** QUESTIONNAIRE  
**Contains:** FACILITY\_CHARACTERISTICS, EDUCATION\_TRAINING, ANTENATAL\_CARE, DELIVERY\_CARE, POSTNATAL\_CARE, CHILD\_HEALTH\_SERVICES1, VACCINE\_LOGISTICS, FAMILY\_PLANNING1, CONTRACEPTIVE\_SUPPLIES, MEDICINE\_SUPPLIES, INCENTIVES, INFECTION\_CONTROL, DATA\_EVAL, COMMENT QUEST

**Collection:** FACILITY\_CHARACTERISTICS  
**Contains:** FAC\_TYPE, SERV\_24\_7\_Q, PER\_24\_7, FAC\_MOB, REFRNET\_REC, REFRNET\_REC\_NAME1, REFRNET\_REC\_NAME2, REFRNET\_REC\_NAME3, REFRNET\_SEND, REFRNET\_SEND\_NAME1, REFRNET\_SEND\_NAME2, REFRNET\_SEND\_NAME3, TIME\_BLOOD, AC\_SAFE\_BLOOD, ELECT, ELECT\_POWER, ELECT\_HRS, ELECT\_DAYS, ELECT\_SRC, EMER\_GEN, EMER\_GEN\_WORK, EMER\_GEN\_FUEL, FAC\_WAT, FAC\_WAT\_SOUR, INTER\_ACCES, DEL\_PLAN, COP\_DEL\_PLAN, CHE\_DEL\_PLAN, IND\_DEL\_PLAN, COP\_IND\_DEL\_PLAN, CHE\_IND\_DEL\_PLAN, COM\_PLAN, COP\_COM\_PLAN, CHE\_COM\_PLAN, MET\_ROU, MET\_ROU\_OFTEN, KEEP\_REC\_ROU, REC\_SUB\_ROU, MET\_MED, MET\_MED\_OFTEN, KEEP\_REC\_MED, REC\_SUB\_MED, HOS\_SER, FOOD\_PAT, ACOM\_PER\_STAY, ACOM\_PER\_SER

Las Características Generales del Establecimiento

Question: FAC\_TYPE  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ambulatorio	
2	Básico	
3	Completa	

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


(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

☐ Ambulatorio

☐ Básico

☐ Completa

**Custom Layout Question:** OP\_TIME

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

De  AM a  PM o

Auto Page Break

**Question:** SERV\_24\_7\_Q**Required****Show if:** (FAC\_TYPE = 2:[Básico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** PER\_24\_7**Required****Show if:** (FAC\_TYPE = 2:[Básico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, todos los días incluyendo fines de semana y días festivos.	
2	Sí, pero solo de lunes a viernes; en fines de semana y días festivos no, o solo ocasionalmente	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** FAC\_MOB**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** REFRNET\_REC**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Auto Page Break

Question: REFRNET\_REC\_NAME1

Required

Show if: (REFRNET\_REC = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	

 13. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)

- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)  
☐ Otro, especificar   
☐ No sabe  
☐ Se negó a contestar  
☐ No se refiere a otras unidades médicas

**Question:** REFRNET\_REC\_NAME2

**Required**

**Show if:** (REFRNET\_REC = 1:[SI]) and (REFRNET\_REC\_NAME1 ≠ -3:[No se refiere a otras unidades médicas]) and (REFRNET\_REC\_NAME1 ≠ -2:[Se negó a contestar]) and (REFRNET\_REC\_NAME1 ≠ -1:[No sabe])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	



14. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?

*Indague el nombre de la unidad:*



- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)  
☐ Otro, especificar   
☐ No sabe  
☐ Se negó a contestar  
☐ No se refiere a otras unidades médicas

**Question:** REFRNET\_REC\_NAME3

**Required**

**Show if:** (REFRNET\_REC = 1:[SI]) and (REFRNET\_REC\_NAME2 ≠ -3:[No se refiere a otras unidades médicas]) and (REFRNET\_REC\_NAME2 ≠ -2:[Se negó a contestar]) and (REFRNET\_REC\_NAME2 ≠ -1:[No sabe])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	

31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiira (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	



15. ¿De qué unidades médicas les refieren pacientes?


*Indague el nombre de la unidad:*

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiira (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar
- ☐ No se refiere a otras unidades médicas

Page Break

**Question:** REFRNET\_SEND**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Auto Page Break

---

Question: REFRNET\_SEND\_NAME1

Required

Show if: (REFRNET\_SEND = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	



17. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

Indague el nombre de la unidad:

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)

- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)  
☐ Otro, especificar   
☐ No sabe  
☐ Se negó a contestar  
☐ No se refiere a otras unidades médicas

**Question:** REFRNET\_SEND\_NAME2

**Required**

**Show if:** (REFRNET\_SEND = 1:[SÍ]) and (REFRNET\_SEND\_NAME1 ≠ -3:[No se refiere a otras unidades médicas]) and (REFRNET\_SEND\_NAME1 ≠ -2:[Se negó a contestar]) and (REFRNET\_SEND\_NAME1 ≠ -1:[No sabe])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	
31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	



18. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

*Indague el nombre de la unidad:*

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)  
☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiria (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)  
☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)  
☐ Otro, especificar   
☐ No sabe  
☐ Se negó a contestar  
☐ No se refiere a otras unidades médicas

**Question:** REFRNET\_SEND\_NAME3

**Required**

**Show if:** (REFRNET\_SEND = 1:[Sí]) and (REFRNET\_SEND\_NAME2 ≠ -3:[No se refiere a otras unidades médicas]) and (REFRNET\_SEND\_NAME2 ≠ -2:[Se negó a contestar]) and (REFRNET\_SEND\_NAME2 ≠ -1:[No sabe])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)	
2	KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)	
3	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)	
4	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)	
5	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)	
6	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)	
7	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)	
8	KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)	
9	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)	
10	KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)	
11	KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)	
12	KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)	
13	KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)	
14	KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)	
15	KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)	
16	KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)	
17	KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)	
18	KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)	
19	KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)	
20	KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)	
21	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)	
22	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)	
23	KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)	
30	EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)	

31	EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)	
32	EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiira (MINSA)	
33	EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)	
34	EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)	
35	EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)	
36	EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)	
37	EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)	
38	EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)	
39	EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)	
40	EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)	
41	EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)	
42	EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)	
43	EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)	
44	EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)	
45	EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)	
46	EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)	
51	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)	
52	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)	
53	EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)	
999	Otro, especificar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	
-3	No se refiere a otras unidades médicas	

19. ¿A qué unidades médicas refieren ustedes pacientes?

*Indague el nombre de la unidad:*

- ☐ KUNA YALA: Hospital Marvel Iglesias (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Hospital Mulatupu-Inabaguinya (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Teresa Lopez-Nargana (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Ustupu (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Playon Chico (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Carti Sugdua (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Rio Sidra (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Centro de Salud (con cama) Primitiva Luna- Puerto Obaldia (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Azucar (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Ticantiki (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Wichub Huala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Rio Tigre (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud San Ignacio de Tupile (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Subcentro de Salud Tubuala (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Achutupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mamitupo (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Ukupa (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud La Miel (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Armila (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Puesto de Salud Mansucun (MINSA)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 1 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 2 (Ambulatorio)
- ☐ KUNA YALA: Equipo Itinerante Kuna Yala 3 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Union Chocoe (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Subcentro de salud Lajas Blanca (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Capetuiira (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Vista Alegre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bajo Chiquito (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Salto (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Marraganti (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Canaan (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Peña de Bijagual (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bella Amor y Caleta (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Comun (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Corozal (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud El Tigre (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Pta Grande (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Bayamon (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Boca de Trampa (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Puesto de salud Jungurudo (MINSA)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 1 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 2 (Ambulatorio)
- ☐ EMBERÁ: Equipo Itinerante Darien 3 (Ambulatorio)
- ☐ Otro, especificar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar
- ☐ No se refiere a otras unidades médicas

Page Break

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

Custom Layout Question: SERV\_24\_7\_PART1

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

Page Break



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

**Custom Layout Question: SUP\_STAFF\_AB**

21.

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

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

**Custom Layout Question: SUP\_STAFF\_24**

22.

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

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

**Custom Layout Question: SUP\_STAFF2**

23.


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

Page Break

---

**Question:** TIME\_BLOOD**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En vehículo:	
2	A pie:	
0	No se usa el servicio de banco de sangre	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


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

Duración:

- ☐ En vehículo:  minutos
- ☐ A pie:  minutos
- ☐ No se usa el servicio de banco de sangre
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

**Question:** AC\_SAFE\_BLOOD**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
2	No contesta	

 25. ¿Tienen acceso a sangre segura?

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

**Question:** ELECT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 26. ¿Tiene esta unidad servicio de luz?

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

Auto Page Break

---

**Question:** ELECT\_POWER**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, todos los equipos	
2	Solo algunos equipos	
0	Ningún equipo	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** ELECT\_HRS**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Todo el tiempo	
2	Anote el número de horas	
-1	No sabe	
-2	No responde	

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

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

**Question:** ELECT\_DAYS**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No hubo interrupciones en la energía eléctrica.	
1	Número total de días	
-1	No sabe	
-2	No responde	
-3	No aplica	

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

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

**Question:** ELECT\_SRC**Minimum checks:** 1**Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

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

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

**Question:** EMER\_GEN**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Auto Page Break

**Question:** EMER\_GEN\_WORK**Required****Show if:** (EMER\_GEN = 1:[S])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 32. ¿Funciona la planta de luz de emergencia?

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

**Question:** EMER\_GEN\_FUEL**Required****Show if:** (EMER\_GEN = 1:[S])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

**Question:** FAC\_WAT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

**Question:** FAC\_WAT\_SOUR**Minimum checks:** 1
 35. ¿De dónde sacan el agua para esta unidad médica? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE)

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

**Question:** INTER\_ACCES**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	si	
0	no	
-1	no sabe	
-2	no contesta	

 36. ¿Tiene esta unidad conexión a internet?

- ☐ si  
☐ no  
☐ no sabe  
☐ no contesta

Page Break

**Question:** DEL\_PLAN**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

¿Existe un plan para partos en cada comunidad en el área de trabajo o de influencia de esta unidad médica?

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

Auto Page Break

---

**Question:** COP\_DEL\_PLAN**Required****Show if:** (DEL\_PLAN = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrarlo	



38. ¿Podría ver la copia de este plan?


- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Auto Page Break

**Question Block:** CHE\_DEL\_PLAN**Contains:** CHE\_DEL\_PLAN\_COMM, CHE\_DEL\_PLAN\_HF**Required**

Show if: (COP\_DEL\_PLAN = 1:[Observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	
-1	No puede saber	

 39. Verifique los siguientes aspectos en el plan:

Firma del líder de la comunidad	-- Seleccione uno -- ▼
Firma del responsable de la unidad de salud	-- Seleccione uno -- ▼

Page Break

---

**Question:** IND\_DEL\_PLAN**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

40. ¿Tienen un plan de parto individual para cada embarazada en el área de influencia de esta unidad de salud?

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

Auto Page Break



**Question:** COP\_IND\_DEL\_PLAN**Required****Show if:** (IND\_DEL\_PLAN = 1:[Sí])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrarlo	



41. ¿Podría ver la copia de este plan?


- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Auto Page Break

---

**Question Block:** CHE\_IND\_DEL\_PLAN  
**Contains:** CHE\_IND\_DEL\_PLAN\_TRANSP, CHE\_IND\_DEL\_PLAN\_HFNAME  
**Required**  
Show if: (COP\_IND\_DEL\_PLAN = 1:[Observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	
-1	No puede saber	

 42. Verifique los siguientes aspectos en el plan:

Plan de transporte	-- Seleccione uno -- ▾
Nombre de la unidad de salud a la que la mujer será transportada	-- Seleccione uno -- ▾

Page Break

---

**Question:** COM\_PLAN**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



43. ¿Tienen un plan de de saneamiento de la comunidad y la calidad del agua?

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

Auto Page Break

**Question:** COP\_COM\_PLAN**Required****Show if:** (COM\_PLAN = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrarlo	



44. ¿Podría ver la copia de este plan?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Auto Page Break


---

**Question Block:** CHE\_COM\_PLAN**Contains:** CHE\_COM\_PLAN\_COMM, CHE\_COM\_PLAN\_COMMVISIT, CHE\_COM\_PLAN\_WATER, CHE\_COM\_PLAN\_INSPEC**Required**

Show if: (COP\_COM\_PLAN = 1:[Observado])

**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	
-1	No puede saber	


 45. Verifique los siguientes aspectos en el plan:

Firma del líder de la comunidad	-- Seleccione uno -- ▾
¿Fue la comunidad visitó en los últimos 2 meses?	-- Seleccione uno -- ▾
¿La calidad del agua marcada en los últimos 2 meses?	-- Seleccione uno -- ▾
Hojas de la inspección con la descripción de los problemas de vivienda identificadas durante las visitas	-- Seleccione uno -- ▾

Page Break

**Question:** MET\_ROU**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


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

Auto Page Break

---

**Question:** MET\_ROU\_OFTEN**Required****Show if:** (MET\_ROU = 1:[Sí])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mensualmente o más seguido	
2	Cada 2-3 meses	
3	Cada 4-6 meses	
4	Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** KEEP\_REC\_ROU**Required****Show if:** (MET\_ROU = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	Sí, cuando es necesario	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


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

Auto Page Break

---

**Question:** REC\_SUB\_ROU**Required****Show if:** (KEEP\_REC\_ROU is-any-of 1:[Sí] or 2:[Sí, cuando es necesario])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No las presentan a ninguna autoridad	
1	Autoridades municipales	
2	Autoridades de salud	
995	Otras (especifique)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Page Break



**Question:** MET\_MED**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


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

Auto Page Break

---

**Question:** MET\_MED\_OFTEN**Required****Show if:** (MET\_MED = 1:[S])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mensualmente o más seguido	
2	Cada 2-3 meses	
3	Cada 4-6 meses	
4	Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** KEEP\_REC\_MED**Required****Show if:** (MET\_MED = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	Sí, cuando es necesario	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


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

Auto Page Break

---

**Question:** REC\_SUB\_MED**Required****Show if:** (KEEP\_REC\_MED is-any-of 1:[Sí] or 2:[Sí, cuando es necesario])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No las presentan a ninguna autoridad	
1	Autoridades municipales	
2	Autoridades de salud	
995	Otras (especifique)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Page Break

**Question:** HOS\_SER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	
-3	No aplica	




54. ¿Tiene esta unidad servicio de hospitalización?

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

Auto Page Break

**Question:** FOOD\_PAT  
**Required**  
**Show if:** (HOS\_SER = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


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

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

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

**Question:** ACOM\_PER\_STAY  
**Required**  
**Show if:** (HOS\_SER = 1:[S])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** ACOM\_PER\_SER  
**Required**  
**Show if:** (HOS\_SER = 1:[S]) and (ACOM\_PER\_STAY = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Solo alimentos	
2	Lugar donde dormir	
3	Alimentos y lugar donde dormir	
995	Otro (ESPECIFIQUE)	
0	Ninguna	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Page Break

**Collection:** EDUCATION\_TRAINING**Contains:** TRA\_FAC\_NURSE, TRA\_FAC\_AUX, TRAIN\_STUD, TYPE\_TRAIN\_STU**La Educación y Capacitación del Personal**

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

**Custom Layout Question:** TRA\_FAC\_INFO1

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

**Custom Layout Question:** TRA\_FAC\_INFO2

59.	CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	Total de días de curso en un año	¿Quier
	Planificación familiar: DIU e implantes, inserción y retiro, consejería general).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	-----							
	Atención prenatal y posnatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	-----							
	Cuidado rutinario del trabajo de parto y parto vaginal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**Custom Layout Question:** TRA\_FAC\_INFO3

60.	CURSO	¿Alguna vez se ha impartido este curso?	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Duración del curso en días	Número de veces que se ha impartido en un año	Total de días de curso en un año	¿Qu
	Cuidados básicos en urgencias obstétricas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	-----							
	Manejo de complicaciones maternas (asfixia, preeclampsia, eclampsia, sepsis).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	-----							
	Manejo de complicaciones neonatales (prematurez, bajo peso al nacimiento, sepsis, asfixia).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**Question Block:** TRA\_FAC\_NURSE**Contains:** TRA\_FAC\_NURSE\_POST, TRA\_FAC\_NURSE\_PRE, TRA\_FAC\_NURSE\_FP, TRA\_FAC\_NURSE\_NEO**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Número:	
-1	No sabe	
-2	Rechazó responder	

61. De las enfermeras que trabajan en esta unidad de salud, ¿cuántas han recibido entrenamiento sobre:

	Número:	No sabe	Rechazó responder
Atención postnatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención prenatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Métodos de planificación familiar	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención neonatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question Block:** TRA\_FAC\_AUX

**Contains:** TRA\_FAC\_AUX\_POST, TRA\_FAC\_AUX\_PRE, TRA\_FAC\_AUX\_FP, TRA\_FAC\_AUX\_NEO

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número:	
-1	No sabe	
-2	Rechazó responder	

62. De las enfermeras auxiliares que trabajan en esta unidad de salud, ¿cuántas han recibido entrenamiento sobre:

	Número:	No sabe	Rechazó responder
Atención postnatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención prenatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Métodos de planificación familiar	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención neonatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** TRAIN\_STUD

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

Auto Page Break

**Question:** TYPE\_TRAIN\_STU  
**Minimum checks:** 1  
**Show if:** (TRAIN\_STUD = 1:[Sí])

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

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

Page Break

---



Collection: ANTENATAL\_CARE  
Contains: ANC\_PNC, ANC\_DEL

**Servicios de Atención Prenatal**

Question: ANC\_PNC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

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

Auto Page Break

---

**Question:** ANC\_DEL  
**Minimum checks:** 1  
**Show if:** (ANC\_PNC = 1:[Si])



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

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

Page Break

---

**Collection:** DELIVERY\_CARE**Contains:** CAP\_DEL\_SER, DEL\_ATTEN, NORM\_DEL\_SER, CULTURE\_ROOM\_AMB, CULTURE\_ROOM\_BS\_COM, LANG, DEL\_PRO, EMER\_DEL, DEL\_ACCOM, DEL\_ACCOM\_NAME**Atención del parto y del recién nacido****Question:** CAP\_DEL\_SER**Required****Show if:** (FAC\_TYPE is-any-of 2:[Básico])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

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

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

**Question:** DEL\_ATTEN**Required****Show if:** (FAC\_TYPE is-any-of 2:[Básico])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	




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

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

Auto Page Break

**Question:** NORM\_DEL\_SER**Required****Show if:** (DEL\_ATTEN = 1:[Sí])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sólo en la unidad de salud	
2	Sólo en los hogares de las mujeres	
3	En la unidad de salud y en los hogares	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** CULTURE\_ROOM\_AMB**Required****Show if:** (FAC\_TYPE is-any-of 1:[Ambulatorio])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 70. ¿Esta unidad médica realiza acciones para adaptar los servicios a las condiciones socioculturales de las mujeres? Por ejemplo, la unidad cuenta con personal que hable la lengua local además de español, o se entrega a la mujer información en su lengua cuando no habla español

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

**Question:** CULTURE\_ROOM\_BS\_COM**Required****Show if:** (FAC\_TYPE is-any-of 2:[Básico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 71. ¿Esta unidad médica realiza acciones para adaptar los servicios a las condiciones socioculturales de las mujeres? Por ejemplo, cuenta con personal que hable la lengua local además de español, se permite que la mujer sea acompañada por familiares u otras personas durante el parto, se permite elegir la posición para tener el parto, se le permite a la mujer vestirse como desea o tomar líquidos durante el parto, se le permite caminar durante el trabajo de parto, se le entrega información en su lengua cuando no habla español o se le entrega la placenta si la solicita

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

Auto Page Break

**Question:** LANG**Required****Show if:** (CULTURE\_ROOM\_BS\_COM = 1:[Sí])**Scale Summary**


Code	Label	Show-If
1	Número:	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No responde	

 72. ¿Cuántos miembros del personal de salud de la unidad hablan alguna lengua indígena de la región?

- ☐ Número:   
☐ Ninguno  
☐ No sabe  
☐ No responde

**Question Block:** DEL\_PRO**Contains:** DEL\_PRO\_BED, DEL\_PRO\_CHAIR, DEL\_PRO\_STAND, DEL\_PRO\_KNEES, DEL\_PRO\_SQUAT, DEL\_PRO\_SIT, DEL\_PRO\_VERT**Required****Show if:** (CULTURE\_ROOM\_BS\_COM = 1:[Sí])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 73. Durante el trabajo de parto se les permite a las mujeres:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No	No sabe	No contesta
Parir en una cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir en una silla de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir de rodillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir en cuclillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir sentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto en una cama vertical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** EMER\_DEL**Required****Show if:** (FAC\_TYPE is-any-of 1:[Ambulatorio])**Scale Summary**


Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

**Question:** DEL\_ACCOM**Required****Show if:** (CAP\_DEL\_SER = 1:[Sí])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

Auto Page Break

**Question:** DEL\_ACCOM\_NAME

**Minimum checks:** 1

**Show if:** (DEL\_ACCOM = 1:[Sí])



76. ¿Quién acompaña a la mujer?

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

Page Break

---

**Collection:** POSTNATAL\_CARE  
**Contains:** POST\_FIL, POST\_CARE\_MOM, POST\_CARE\_NEO  
**Show if:** (FAC\_TYPE Is-any-of 2:[Básico])

**Atención posnatal**

**Question:** POST\_FIL  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No responde	



77. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención posnatal que se ofrecen en esta unidad médica  
¿Brinda esta unidad servicios de atención postnatal inmediata (dentro de 48 horas)?

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

Auto Page Break

---

**Question:** POST\_CARE\_MOM**Minimum checks:** 1**Show if:** (POST\_FIL = 1:[Si])

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

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

**Question:** POST\_CARE\_NEO**Minimum checks:** 1**Show if:** (POST\_FIL = 1:[Si])

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

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

Page Break

---



Collection: CHILD\_HEALTH\_SERVICES1  
Contains: CHLDSERV

**Servicios de salud infantil**

Question: CHLDSERV  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

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

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

Page Break

---

**Collection:** VACCINE\_LOGISTICS**Contains:** CHLD\_VAC, CHLD\_VAC\_STORAGE, CHLD\_VAC\_QUANT, CHLD\_VAC\_QUANT\_DEC, CHLD\_VACC\_NEED, VACC\_ORD2, VACCA\_SUP\_TM2, VACC\_SHRT, VACC\_ORD4, VACC\_SHRT1, SHOR\_VAC, VAC\_FRIDGE, VACC\_CARR2, VACC\_CARR3**Logística de vacunación****Question:** CHLD\_VAC  
**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	




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

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

Auto Page Break

**Question:** CHLD\_VAC\_STORAGE**Required****Show if:** (CHLD\_VAC = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, almacena vacunas	
2	No, se recogen de otra unidad médica	
3	No, se las envían cuando se proporcionan los servicios	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


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

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

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

**Question:** CHLD\_VAC\_QUANT**Required****Show if:** (CHLD\_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD\_VAC\_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La unidad médica determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.	
2	En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.	
3	Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


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

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

Auto Page Break

**Question:** CHLD\_VAC\_QUANT\_DEC**Required****Show if:** (CHLD\_VAC\_QUANT is-any-of 1:[La unidad médica determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.] or 2:[En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.] or 3:[Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.]**Scale Summary**


Code	Label	Show-If
1	Sí, de la misma manera	
0	No, es diferente para cada tipo de vacuna.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question Block:** CHLD\_VACC\_NEED**Contains:** CHILD\_VACC\_NEED\_PENT, CHILD\_VACC\_NEED\_DPT, CHILD\_VACC\_NEED\_HEPB, CHILD\_VACC\_NEED\_HIB, CHILD\_VACC\_NEED\_POL, CHILD\_VACC\_NEED\_MEAS, CHILD\_VACC\_NEED\_FLU, CHILD\_VACC\_NEED\_ROTA, CHILD\_VACC\_NEED\_PNEUM, CHILD\_VACC\_NEED\_BCG**Required****Show if:** (CHLD\_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD\_VAC\_QUANT\_DEC = 0:[No, es diferente para cada tipo de vacuna.]) and (CHLD\_VAC\_QUANT is-any-of 1:[La unidad médica determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.] or 2:[En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.] or 3:[Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.]**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Determina sus propias necesidades y la piden.	
2	Las necesidades son determinadas en otro lugar	
3	Otro (ESPECIFIQUE)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	
-3	No aplican esa vacuna	

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

(Seleccione una para cada vacuna)


(ANOTE LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE PARA CADA VACUNA EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)

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

Auto Page Break

**Question:** VACC\_ORD2**Required****Show if:** (CHLD\_VAC\_QUANT\_DEC is-any-of 1:[Sí, de la misma manera] or 0:[No, es diferente para cada tipo de vacuna.] or -1:[No sabe] or -2:[No contesta]) and (CHLD\_VAC\_QUANT is-any-of 1:[La unidad médica determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.] or 2:[En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.] or 3:[Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.]**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Tiempo fijo; cada	
2	Pide cuando es necesario	
995	Otro (especifique)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


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

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)


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

**Question:** VACCA\_SUP\_TM2**Required****Show if:** (CHLD\_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD\_VAC\_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas]) and (CHLD\_VAC\_QUANT is-any-of 1:[La unidad médica determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.] or 2:[En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.] or 3:[Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.]**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Número de días	
2	Número de semanas	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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


**Question:** VACC\_SHRT**Minimum checks:** 1**Show if:** (CHLD\_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD\_VAC\_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas]) 88. Si hay escasez de alguna vacuna en particular en el tiempo entre dos pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan en esta unidad médica para obtenerla?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

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

**Question:** VACC\_ORD4**Required****Show if:** (CHLD\_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD\_VAC\_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Siempre	
2	Casi siempre	
0	Casi nunca	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Auto Page Break

**Question Block:** VACC\_SHRT1**Contains:** VACC\_SHRT1\_PENT, VACC\_SHRT1\_DPT, VACC\_SHRT1\_HEPB, VACC\_SHRT1\_HIB, VACC\_SHRT1\_POL, VACC\_SHRT1\_MEAS, VACC\_SHRT1\_FLU, VACC\_SHRT1\_ROTA, VACC\_SHRT1\_PNEUM, VACC\_SHRT1\_BCG**Required****Show if:** (VACC\_ORD4 is-any-of 2:[Casi siempre] or 0:[Casi nunca])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	
-3	No aplican esa vacuna	



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

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

**Question:** SHOR\_VAC**Required****Show if:** (CHLD\_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD\_VAC\_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

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

**Question:** VAC\_FRIDGE**Required****Show if:** (CHLD\_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD\_VAC\_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Número	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



92. ¿Cuántos refrigeradores tienen para guardar vacunas?

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

**Question:** VACC\_CARR2**Required****Show if:** (CHLD\_VAC = 1:[Sí])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Uno	
2	Dos o más	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



93. En esta unidad médica, ¿cuántos termos fríos (pingüinos) de transporte de vacunas tiene disponibles?

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

Auto Page Break

---

**Question:** VACC\_CARR3**Required****Show if:** (VACC\_CARR2 is-any-of 1:[Uno] or 2:[Dos o más])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, un juego	
2	Sí, dos o más juegos	
3	Sí, 2 o 3 por caja	
4	No, se usa hielo comprado	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



94. ¿Hay paquetes de hielo para los termos (pingüinos) de transporte de vacunas (cuatro o cinco por caja)?

- ☐ Sí, un juego
- ☐ Sí, dos o más juegos
- ☐ Sí, 2 o 3 por caja
- ☐ No, se usa hielo comprado
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Page Break



**Collection:** FAMILY\_PLANNING1**Contains:** FP\_AV, FP\_FAC\_COUN, FP\_GRP\_COUN, FP\_IUD\_INSERTION, FP\_VOLUN\_STER\_FEMALE, FP\_VOLUN\_STER\_MALE, FP\_TYPE1, FP\_NAT\_COUN, FP\_CONDOM\_COUN, FP\_CNLS, FP\_ERCONTRA, FP\_PREG\_TEST**Servicios de planificación familiar****Question:** FP\_AV**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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


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

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

Auto Page Break

**Question:** FP\_FAC\_COUN**Required****Show if:** (FP\_AV = 1:[Sí])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

**Question:** FP\_GRP\_COUN**Required****Show if:** (FP\_AV = 1:[Sí])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 97. ¿Esta unidad médica ofrece consejería grupal a mujeres o parejas sobre planificación familiar?

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

**Question:** FP\_IUD\_INSERTION**Required****Show if:** (FP\_AV = 1:[Sí]) and (FAC\_TYPE is-any-of 1:[Ambulatorio])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

**Question:** FP\_VOLUN\_STER\_FEMALE**Required****Show if:** (FP\_AV = 1:[Sí]) and (FAC\_TYPE is-any-of 2:[Básico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 99. ¿Cuenta esta unidad con medico entrenado para realizar ligadura de trompas voluntaria?

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

**Question:** FP\_VOLUN\_STER\_MALE**Required****Show if:** (FP\_AV = 1:[Sí]) and (FAC\_TYPE is-any-of 2:[Básico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

**Question Block:** FP\_TYPE1
**Contains:** FP\_TYPE\_ORAL, FP\_TYPE\_PROG, FP\_TYPE\_COMBINJ, FP\_TYPE\_PROGINJ, FP\_TYPE\_MCOND, FP\_TYPE\_FCOND, FP\_TYPE\_IUD, FP\_TYPE\_IMPL, FP\_TYPE\_SPERM, FP\_TYPE\_DIAPH, FP\_TYPE\_EMERCONTRA, FP\_TYPE\_VASEC, FP\_TYPE\_TUBAL, FP\_TYPE\_OTHER
**Required****Show if:** (FP\_AV = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se da asesoramiento y se ofrece el método	
2	Se da asesoramiento pero no se ofrece el método (no cuentan con él)	
3	No se da asesoramiento, pero sí se ofrece el método	
0	No se da asesoramiento ni se ofrece el método	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

Píldora anticonceptiva oral combinada	-- Seleccione uno --
Píldora sólo de progestina	-- Seleccione uno --
Inyectable combinado (con estrógenos) (1 por mes)	-- Seleccione uno --
Inyectable sólo de progestina (2 ó 3 por mes) (por ej., Depo o Microgynon)	-- Seleccione uno --
Parche anticonceptivo	-- Seleccione uno --
Preservativo femenino	-- Seleccione uno --
Dispositivo intrauterino	-- Seleccione uno --
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	-- Seleccione uno --
Espermicidas	-- Seleccione uno --
Diafragma	-- Seleccione uno --
Píldora anticonceptiva de emergencia	-- Seleccione uno --
Esterilización masculina / vasectomía	-- Seleccione uno --
Esterilización femenina/ligadura de trompas	-- Seleccione uno --
Otros	-- Seleccione uno --

Question: FP\_NAT\_COUN

Required

Show if: (FP\_AV = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

102. ¿Proporcionan asesoría sobre métodos de planificación familiar naturales (ritmo por ejemplo)?

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe  
☐ No contesta

Question: FP\_CONDOM\_COUN

Required

Show if: (FP\_AV = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se ofrecen	
2	Se recomiendan pero no se ofrecen	
3	Se distribuyen, aunque no como un método de planificación familiar	
0	No se recomiendan ni se ofrecen	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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


Question: FP\_CNLS

Required

Show if: (FP\_AV = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	

0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


-  104. En esta unidad médica ¿El asesoramiento sobre planificación familiar es parte de un programa permanente? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

**Question:** FP\_ERCONTRA

**Required**

**Show if:** (FP\_AV = 1:[Sj])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, se receta y se proporciona	
2	Se receta, pero no se proporciona	
0	No se receta ni se proporciona	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


-  105. ¿Proporciona esta unidad anticoncepción de emergencia a mujeres que solicitan servicios para prevenir el embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección?
- ☐ Si, se receta y se proporciona
- ☐ Se receta, pero no se proporciona
- ☐ No se receta ni se proporciona
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

**Question:** FP\_PREG\_TEST

**Required**

**Show if:** (FP\_AV = 1:[Sj])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

-  106. En esta unidad médica, ¿se ofrecen pruebas de embarazo?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Page Break

---

**Collection:** CONTRACEPTIVE\_SUPPLIES  
**Contains:** CONTRA\_SUPPLIES, COL\_CONTRACEPTIVES

**Suministro de anticonceptivos****Question:** CONTRA\_SUPPLIES**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí almacena métodos anticonceptivos	
2	No, los traen de otra unidad cuando van a ser aplicados	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

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

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

Auto Page Break

---

**Collection:** COL\_CONTRACEPTIVES**Contains:** CONTRA\_SUP\_QNT1, CONT\_QUAN, CONTRA\_ORD\_TYPE, CONTRA\_ORD\_TM, CONTRA\_SUP\_TM2, CONTRA\_SHRT, CONTRA\_ORD\_RCV, CONTRA\_SHORT\_6MO, SHOR\_CONTRA**Show if:** (CONTRA\_SUPPLIES = 1:[Sí almacena métodos anticonceptivos])**Question:** CONTRA\_SUP\_QNT1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La unidad médica determina qué cantidad de anticonceptivos necesita y la pide.	
2	En otro lugar se determina la cantidad de anticonceptivos que se les envían.	
3	Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de anticonceptivos de acuerdo con lo que se establece en otra parte.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

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

Auto Page Break

**Question:** CONT\_QUAN**Required****Show if:** (CONTRA\_SUP\_QNT1 is any-of 1:[La unidad médica determina qué cantidad de anticonceptivos necesita y la pide.] or 2:[En otro lugar se determina la cantidad de anticonceptivos que se les envían.] or 3:[Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de anticonceptivos de acuerdo con lo que se establece en otra parte.] )

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, de la misma manera	
0	No, es diferente para cada tipo de anticonceptivo.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

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

Auto Page Break

**Question Block:** CONTRA\_ORD\_TYPE  
**Contains:** CONTRA\_ORD\_TYPE\_ORAL, CONTRA\_ORD\_TYPE\_PROG, CONTRA\_ORD\_TYPE\_COMBINJ, CONTRA\_ORD\_TYPE\_PROGINJ, CONTRA\_ORD\_TYPE\_PATCH, CONTRA\_ORD\_TYPE\_MCOND, CONTRA\_ORD\_TYPE\_FCOND, CONTRA\_ORD\_TYPE\_IUD, CONTRA\_ORD\_TYPE\_IMPL, CONTRA\_ORD\_TYPE\_SPERM, CONTRA\_ORD\_TYPE\_DIAPH, CONTRA\_ORD\_TYPE\_EMERCONTRA  
**Required**  
**Show if:** (CONT\_QUAN = 0:[No, es diferente para cada tipo de anticonceptivo.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Determina sus propias necesidades y la piden.	
2	Las necesidades son determinadas en otro lugar	
3	Otro (ESPECIFIQUE)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** CONTRA\_ORD\_TM  
**Required**  
**Show if:** (CONT\_QUAN is-any-of 1:[Sí, de la misma manera] or 0:[No, es diferente para cada tipo de anticonceptivo.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Tiempo fijo. Cada	
2	Pide cuando es necesario	
3	Lo define un proveedor externo	
995	Otro (especifique)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)


- ☐ Tiempo fijo. Cada  semanas
- ☐ Pide cuando es necesario
- ☐ Lo define un proveedor externo
- ☐ Otro (especifique)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Auto Page Break




**Question:** CONTRA\_SUP\_TM2**Required****Show if:** (CONTRA\_ORD\_TM is-any-of 1:[Tiempo fijo. Cada] or 2:[Pide cuando es necesario] or 3:[Lo define un proveedor externo] or 995:[Otro (especifique)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días	
2	Número de semanas	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** CONTRA\_SHRT**Minimum checks:** 1


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

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

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

**Question:** CONTRA\_ORD\_RCV**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Siempre	
2	Casi siempre	
0	Casi nunca	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


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

Auto Page Break

**Question Block:** CONTRA\_SHORT\_6MO**Contains:** CONTRA\_SHORT\_6MO\_ORAL, CONTRA\_SHORT\_6MO\_PROG, CONTRA\_SHORT\_6MO\_COMBINJ, CONTRA\_SHORT\_6MO\_PROGINJ, CONTRA\_SHORT\_6MO\_PATCH, CONTRA\_SHORT\_6MO\_MCOND, CONTRA\_SHORT\_6MO\_FCOND, CONTRA\_SHORT\_6MO\_IUD, CONTRA\_SHORT\_6MO\_IMPL, CONTRA\_SHORT\_6MO\_SPERM, CONTRA\_SHORT\_6MO\_DIAPH, CONTRA\_SHORT\_6MO\_EMERCONTRA**Required**

Show if: (CONTRA\_ORD\_RCV is-any-of 2:[Casi siempre] or 0:[Casi nunca])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


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

(ANOTE LA RESPUESTA PARA CADA MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA COLUMNA DE LA DERECHA)

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

**Question:** SHOR\_CONTRA**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Page Break

**Collection:** MEDICINE\_SUPPLIES**Contains:** PHAR\_TYPE, MED\_SUP\_QNT1, MED\_ORD\_TM, MED\_SUP\_TM2, MED\_SHRT, MED\_ORD\_RCV, SHOR\_MED**Abasto de medicamentos****Question:** PHAR\_TYPE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La farmacia es privada	
2	La farmacia es de gobierno	
995	Otra (ESPECIFIQUE)	
0	No cuentan con farmacia	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

¿Qué tipo de farmacia tienen en esta unidad médica? (LEA LAS OPCIONES Y ELIJA UNA OPCIÓN)

- ☐ La farmacia es privada
- ☐ La farmacia es de gobierno
- ☐ Otra (ESPECIFIQUE)
- ☐ No cuentan con farmacia
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Auto Page Break

**Question:** MED\_SUP\_QNT1**Required****Show if:** (PHAR\_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (ESPECIFIQUE)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La unidad médica determina qué cantidad de medicamentos necesita y las pide.	
2	En otro lugar se determina la cantidad de medicamentos que se les envían.	
3	Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de medicinas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	




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

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

Auto Page Break

**Question:** MED\_ORD\_TM**Required****Show if:** (MED\_SUP\_QNT1 is-any-of 1:[La unidad médica determina qué cantidad de medicamentos necesita y las pide.] or 2:[En otro lugar se determina la cantidad de medicamentos que se les envían.] or 3:[Ambas, a veces se determina la cantidad en la unidad médica y a veces les envían la cantidad de medicinas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Tiempo fijo; cada	
3	Pide cuando es necesario	
4	Proveedor externo	
995	Otro (especifique)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 119. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el sistema de rutina para decidir cuándo pedir medicamentos?*(LEER LAS OPCIONES Y MARCAR UNA OPCIÓN)*

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


Auto Page Break

**Question:** MED\_SUP\_TM2**Required****Show if:** (MED\_ORD\_TM is-any-of 1:[Tiempo fijo; cada] or 3:[Pide cuando es necesario] or 4:[Proveedor externo] or 995:[Otro (especifique)])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Número de días	
2	Número de semanas	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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


**Question:** MED\_SHRT**Minimum checks:** 1**Show if:** (PHAR\_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (ESPECIFIQUE)]) 121. Si hay escasez de algún medicamento específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan para conseguirlo?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

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

**Question:** MED\_ORD\_RCV**Required****Show if:** (PHAR\_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (ESPECIFIQUE)])**Scale Summary**


Code	Label	Show-If
1	Siempre	
2	Casi siempre	
0	Casi nunca	
3	Nunca	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** SHOR\_MED**Required****Show if:** (PHAR\_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (ESPECIFIQUE)])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Page Break

Collection: INCENTIVES  
Contains: INC\_HF, COL\_INCENTIVES

**Incentivos para los pacientes y el personal de salud**

Question: INC\_HF  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No responde	



124. Ahora me gustaría preguntarle acerca de los incentivos (como pagos adicionales, o servicios adicionales) que se proporcionan a los pacientes y al personal de esta unidad médica, para que se incremente la utilización de los servicios de salud.

¿Esta unidad médica proporciona ese tipo de incentivos (pagos adicionales o servicios adicionales) para los pacientes y para el personal médico que labora aquí?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

Auto Page Break

---

**Collection:** COL\_INCENTIVES  
**Contains:** INC\_FACILITIES, OBS\_FACILITIES, REG\_FACILITIES, INC\_PERS\_RESP, INC\_AGR\_LOCAL, INC\_COP\_AGR\_LOCAL  
**Show if:** (INC\_HF = 1:[SI])

**Question Block:** INC\_FACILITIES

**Contains:** INC\_WOM\_PRE, INC\_WOM\_FAC, INC\_WOM\_POST, INC\_WOM\_CHILD, INC\_PROM\_PRE, INC\_PROM\_FAC, INC\_PROM\_POST, INC\_PROM\_CHILD, INC\_MID\_PRE, INC\_MID\_FAC, INC\_MID\_POST, INC\_MID\_CHILD, INC\_COM\_PRE, INC\_COM\_FAC, INC\_COM\_POST, INC\_COM\_CHILD

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Dinero en efectivo	
2	Vales	
0	No proporciona incentivos	
995	Otro (especifique):	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

125. ¿Qué tipo de los siguientes incentivos o apoyos adicionales proporciona esta unidad médica para:

	Dinero en efectivo	Vales	No proporciona incentivos	Otro (especifique):	No sabe	No contesta
Para mujeres por ir a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres para atender el nacimiento en unidades de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres por ir a atención postnatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en unidades de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud por llevar a mujeres a atención postnatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para parteras por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para parteras para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en unidades de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para parteras por llevar a mujeres a atención postnatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para parteras por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en unidades de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios por llevar a mujeres a atención postnatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question Block:** OBS\_FACILITIES

**Contains:** OBS\_PROM, OBS\_AINC, OBS\_PAISSN, OBS\_WOM\_PRE, OBS\_WOM\_FAC, OBS\_WOM\_POST, OBS\_WOM\_CHILD, OBS\_PROM\_PRE, OBS\_PROM\_FAC, OBS\_PROM\_POST, OBS\_PROM\_CHILD, OBS\_MID\_PRE, OBS\_MID\_FAC, OBS\_MID\_POST, OBS\_MID\_CHILD, OBS\_COM\_PRE, OBS\_COM\_FAC, OBS\_COM\_POST, OBS\_COM\_CHILD

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro	
-2	Rechazó mostrarlo	

126. ¿Podría ver los documentos regulatorios para la distribución de los siguientes incentivos?

Para promotores de salud	-- Seleccione uno --
Para el monitoreo del AINC	-- Seleccione uno --
Para el monitoreo del PAISS+N	-- Seleccione uno --
Para mujeres por ir a atención prenatal	-- Seleccione uno --
Para mujeres para atender el nacimiento en unidades de salud	-- Seleccione uno --
Para mujeres por ir a atención postnatal	-- Seleccione uno --
Para mujeres por llevar a los niños a atención	-- Seleccione uno --
Para promotores de salud por llevar a embarazadas a atención prenatal	-- Seleccione uno --



Para promotores de salud para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en unidades de salud	-- Seleccione uno --
Para promotores de salud por llevar a mujeres a atención postnatal	-- Seleccione uno --
Para promotores de salud por llevar a los niños a atención	-- Seleccione uno --
Para parteras por llevar a embarazadas a atención prenatal	-- Seleccione uno --
Para parteras para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en unidades de salud	-- Seleccione uno --
Para parteras por llevar a mujeres a atención postnatal	-- Seleccione uno --
Para parteras por llevar a los niños a atención	-- Seleccione uno --
Para comités comunitarios por llevar a embarazadas a atención prenatal	-- Seleccione uno --
Para comités comunitarios para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en unidades de salud	-- Seleccione uno --
Para comités comunitarios por llevar a mujeres a atención postnatal	-- Seleccione uno --
Para comités comunitarios por llevar a los niños a atención	-- Seleccione uno --

**Question Block:** REG\_FACILITIES

**Contains:** REG\_WOM\_PRE, REG\_WOM\_FAC, REG\_WOM\_POST, REG\_WOM\_CHILD, REG\_PROM\_PRE, REG\_PROM\_FAC, REG\_PROM\_POST, REG\_PROM\_CHILD, REG\_MID\_PRE, REG\_MID\_FAC, REG\_MID\_POST, REG\_MID\_CHILD, REG\_COM\_PRE, REG\_COM\_FAC, REG\_COM\_POST, REG\_COM\_CHILD

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro (especifique):	
-2	No contesta	



127. Pida ver el registro de la información de cada uno de los apartados siguientes y anote la respuesta correspondiente:

	Observado	No observado	Otro (especifique):	No contesta
Para mujeres que reciben el apoyo por ir a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres que reciben el apoyo para atender el nacimiento en unidades de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres que reciben el apoyo por ir a atención postnatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres que reciben el apoyo por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud que reciben el apoyo por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud que reciben el apoyo para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en unidades de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud que reciben el apoyo por llevar a mujeres a atención postnatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud que reciben el apoyo por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para parteras que reciben el apoyo por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para parteras que reciben el apoyo para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en unidades de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para parteras que reciben el apoyo por llevar a mujeres a atención postnatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para parteras que reciben el apoyo por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios que reciben el apoyo por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios que reciben el apoyo para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en unidades de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios que reciben el apoyo por llevar a mujeres a atención postnatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios que reciben el apoyo por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

**Question:** INC\_PERS\_RESP

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	



128. Verifique en el registro si hay una persona responsable de la entrega de incentivos

☐ Sí  
☐ No

☐ No sabe

Auto Page Break

---

**Question:** INC\_AGR\_LOCAL**Required**

**Show if:** (REG\_WOM\_PRE = 0:[No observado]) or (REG\_WOM\_FAC = 0:[No observado]) or (REG\_WOM\_POST = 0:[No observado]) or (REG\_WOM\_CHILD = 0:[No observado]) or (REG\_PROM\_PRE = 0:[No observado]) or (REG\_PROM\_FAC = 0:[No observado]) or (REG\_PROM\_POST = 0:[No observado]) or (REG\_PROM\_CHILD = 0:[No observado]) or (REG\_MID\_PRE = 0:[No observado]) or (REG\_MID\_FAC = 0:[No observado]) or (REG\_MID\_POST = 0:[No observado]) or (REG\_MID\_CHILD = 0:[No observado]) or (REG\_COM\_PRE = 0:[No observado]) or (REG\_COM\_FAC = 0:[No observado]) or (REG\_COM\_POST = 0:[No observado]) or (REG\_COM\_CHILD = 0:[No observado])

**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	




129. ¿Hay un acuerdo entre esta unidad de salud y las comunidades del área en relación con estos incentivos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

Auto Page Break

**Question:** INC\_COP\_AGR\_LOCAL**Required****Show if:** (INC\_AGR\_LOCAL = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrarlo	

 130. ¿Podría ver copia de este acuerdo?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Page Break

---

**Collection:** INFECTION\_CONTROL**Contains:** INFCTRL\_SYR\_REUSE, INFCTRL\_SYR\_STER, INFCTRL\_DECONT, INFCTRL\_GUID, AVAI\_INGIN, COM\_INGIN, FRE\_DIS\_COL, INFCTRL\_STER, SHARP\_DIS, BAN\_DIS, BIOHAZ\_DIS\_OF**Control de Infecciones****Question:** INFCTRL\_SYR\_REUSE**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	




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

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

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


Auto Page Break

**Question:** INFCTRL\_SYR\_STER  
**Minimum checks:** 1  
**Show if:** (INFCTRL\_SYR\_REUSE = 1:[Sí])

 132. ¿Cuál es el método final que se usa más comúnmente para esterilizar las jeringas antes de reutilizarlas? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

**Question:** INFCTRL\_DECONT  
**Minimum checks:** 1

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


(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

- ☐ Sumergir en solución desinfectante y luego frotar con un cepillo con agua y jabón
- ☐ Frotar con un cepillo con agua y jabón y después sumergir en desinfectante
- ☐ Frotar con un cepillo con agua y jabón solamente
- ☐ Sumergir en desinfectante, sin frotar con un cepillo
- ☐ Limpiar con agua y jabón, sin frotar con un cepillo
- ☐ Nunca se reutiliza ningún equipo
- ☐ No descontaminar
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

**Question:** INFCTRL\_GUID  
**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** AVAI\_INCIN  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 135. ¿Cuenta esta unidad médica con incinerador?

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

Auto Page Break

**Question:** COM\_INGIN**Required****Show if:** (AVAL\_INGIN ≠ 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, nombre de la unidad:	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



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

- ☐ Sí, nombre de la unidad:
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Auto Page Break

**Question:** FRE\_DIS\_COL**Required****Show if:** (COM\_INCIN = 1:[Sí, nombre de la unidad:])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días en una semana:	
2	Número de días en un mes:	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

**Question:** INFCTRL\_STER**Minimum checks:** 1

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

*[Si se utilizan distintos métodos para distintos tipos de equipos, indique el/los método(s) que se utilizan para los equipos de metal tales como espéculos]*

*(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN):*

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

**Question:** SHARP\_DIS**Minimum checks:** 1

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

*(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)*

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

**Question:** BAN\_DIS**Minimum checks:** 1

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

*(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)*

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

**Question:** BIOHAZ\_DIS\_OF**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días en una semana:	
995	Otro (ESPECIFIQUE)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	
-3	No aplica	

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

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



☐ No aplica

---

Page Break

---

**Collection:** DATA\_EVAL  
**Contains:** PER\_REP, REP\_SEE, REG\_, CH\_24\_LIST, AINC\_LIST, COMP


**Información de registros o reportes**

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

**Question:** PER\_REP

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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

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

Auto Page Break

---

**Question:** REP\_SEE**Required****Show if:** (PER\_REP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, lo entrega.	
2	No desea enseñarlo	
3	No lo tiene o no lo encuentra	



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

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


Page Break

**Question Block:** REG

**Contains:** REG\_NUM\_PREG, REG\_NUM\_DEL2, REG\_NUM\_CSEC, REG\_NUM\_DEL1, REG\_NUM\_MDEAD, REG\_NUM\_NDEAD

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número:	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

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


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

Page Break

---

**Question:** CH\_24\_LIST**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	
0	No observado	


 145. Por favor, pregunte para ver la lista de los niños menores de 24 meses a partir de la zona de influencia de esta unidad de salud

☐ Observado, número:

☐ No observado

**Question:** AINC\_LIST**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 146. Por favor, pregunte para ver la lista AIN-C

*Lista de AIN-C es el registro donde la información (nombre y edad) de los niños menores de 24 meses se registró cada mes*

☐ Observado

☐ No observado

Auto Page Break

---

**Question:** COMP

**Required**

**Show if:** (CH\_24\_LIST = 1:[Observado, número:]) and (AINC\_LIST = 1:[Observado])



147. Por favor, compare la lista de los niños menores de 24 meses y la lista de AIN-C y el registro de cuantas se registraron peso de los niños

Número:

Page Break

---

**Question:** COMMENT\_QUEST  
**Required**

148. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** CHECKLIST

**Contains:** SELECTION\_AREA, SURVEY\_SUBMIT, ANTENATAL\_POSTNATAL\_CARE, DELIVERY\_ROOM, EMERGENCY\_CARE, FAMILY\_PLANNING, CHILD\_HEALTH\_SERVICES, VACCINATION, COLD\_CHAIN, DIAGNOSTIC\_IMAGING, BIO\_HAZARD, PHARMACY, LAB\_SERVICES, GENERAL\_CONDITIONS

**Lista de verificación de observación**

Una vez terminada la entrevista a el(la) responsable de la unidad de salud, solicítele iniciar la visita a la unidad de salud acompañado del responsable o la persona que él(ella) designe.

**Question:** SELECTION\_AREA

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Atención prenatal y postnatal, y/o consultorio ginecobstetricia	
2	Sala de expulsion o sala de atencion de parto	(FAC_TYPE is-any-of 2:[Básico] or 3:[Completa])
3	Sala de expulsión de emergencia o sala de parto que puede atender complicaciones obstétricas y neonatales	(FAC_TYPE is-any-of 2:[Básico] or 3:[Completa])
4	Área de planificación familiar	
5	Consultorio de atención de niños y/o consultorio pediatría	
6	Área de vacunas	
7	Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)	
8	Área de diagnóstico por imágenes	(FAC_TYPE = 3:[Completa])
9	Área de disposición de residuos biológico infecciosos	
10	Farmacia	
11	Laboratorio	(FAC_TYPE is-any-of 2:[Básico] or 3:[Completa])
12	Condiciones generales de la unidad	
13	Al final de la encuesta	

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

- ☐ Atención prenatal y postnatal, y/o consultorio ginecobstetricia
- ☐ Sala de expulsion o sala de atencion de parto
- ☐ Sala de expulsión de emergencia o sala de parto que puede atender complicaciones obstétricas y neonatales
- ☐ Área de planificación familiar
- ☐ Consultorio de atención de niños y/o consultorio pediatría
- ☐ Área de vacunas
- ☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
- ☐ Área de diagnóstico por imágenes
- ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos
- ☐ Farmacia
- ☐ Laboratorio
- ☐ Condiciones generales de la unidad
- ☐ Al final de la encuesta

Auto Page Break

**Question:** SURVEY\_SUBMIT**Required****Show if:** (SELECTION\_AREA = 13:[Al final de la encuesta])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

- ☐ Sí  
☐ No

Auto Page Break



**Jump-To:** JUMP\_SELECTION  
**Description:**  
**Jump-To-Item:** SELECTION\_AREA  
**Jump-If:** (SURVEY\_SUBMIT = 0:[No])


**Collection:** ANTENATAL\_POSTNATAL\_CARE  
**Contains:** CL\_ANPST\_RM, COL\_ANC  
**Show if:** (SELECTION\_AREA = 1:[Atención prenatal y postnatal, y/o consultorio ginecobstetricia]) or (TRASH = 1:[show all folders])

#### Atención prenatal y post-natal

**Question:** CL\_ANPST\_RM

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

 151. Solicite ver las áreas o consultorios en los que se da la atención prenatal y postnatal.

Características de las áreas físicas:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

---

**Collection:** COL\_ANC**Contains:** AVAIL\_PRO\_1, AVAIL\_PRO\_2, CLN\_ANC\_DOC, CLN\_PNC\_DOC**Show if:** (CL\_ANPST\_RM is any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])**Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar**

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

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT1\_AMBN

152.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>		
Estadímetro / Tallímetro	<input type="checkbox"/>		
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/>		
Cinta obstétrica del CLAP	<input type="checkbox"/>		
Cuello de ganzo	<input type="checkbox"/>		
Baumanómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>		

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT1\_AMB

153.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>		
Estadímetro / Tallímetro	<input type="checkbox"/>		
Mesa para examen ginecológico	<input type="checkbox"/>		
Cinta obstétrica del CLAP	<input type="checkbox"/>		
Cuello de ganzo	<input type="checkbox"/>		
Tensiómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>		

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT1\_BC

154.	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>		
Estadímetro / Tallímetro	<input type="checkbox"/>		
Mesa para examen ginecológico	<input type="checkbox"/>		
Cinta obstétrica del CLAP	<input type="checkbox"/>		
Cuello de ganzo	<input type="checkbox"/>		
Tensiómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>		

Page Break

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT2\_AMBN



155.

Observado (si/no)

Historia clínica materno perinatal ☐

Carnet materno perinatal o tarjeta ☐

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT2\_AMB



156.

Observado (si/no)

Historia clínica materno perinatal ☐

Carnet o tarjeta materno perinatal ☐

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT2\_BC



157.

Observado (si/no)

Historia clínica materno perinatal ☐


Carnet o tarjeta materno perinatal ☐

Page Break

---

**Question Block:** AVAIL\_PRO\_1**Contains:** AVAIL\_PRO\_1\_1, AVAIL\_PRO\_1\_2, AVAIL\_PRO\_1\_3, AVAIL\_PRO\_1\_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	


 158. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question Block:** AVAIL\_PRO\_2**Contains:** AVAIL\_PRO\_2\_1, AVAIL\_PRO\_2\_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

 159. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos.


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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CLN\_ANC\_DOC**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

 160. Solicite ver los registros de mujeres en atención prenatal

- ☐ Observado  
☐ No observado  
☐ Rechazó mostrar

**Question:** CLN\_PNC\_DOC**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

 161. Solicite ver los registros de mujeres en atención postparto

- ☐ Observado  
☐ No observado  
☐ Rechazó mostrar

**Collection:** DELIVERY\_ROOM**Contains:** CL\_DEL\_RM, COL\_DEL**Show if:** (FAC\_TYPE is-any-of 2:[Básico] or 3:[Completa]) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 2:[Sala de expulsión o sala de atención de parto]))**Sala de expulsión o nacimiento****Question:** CL\_DEL\_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

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

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva  
☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva

- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

Page Break

---

**Collection:** COL\_DEL  
**Contains:** CL\_DEL\_SABAG, DEL\_ROOM\_COND, DEL\_ROOM\_INDIG\_POP, DEL\_ROOM\_BED  
**Show if:** (CL\_DEL\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])

**Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar**

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

**Custom Layout Question:** C\_DEL\_INPUT1



163.

Observado (si/no) Total observados

Total funcionando

Equipo p/ suero c/ macrogotero y microgotero ☐

Campos estériles para recibir al recién nacido ☐

Sonda Nasogástrica K 33 ☐

Page Break

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

**Custom Layout Question:** C\_DEL\_INPUT2



164.

Observado (si/no)

Catéter Intravenoso Estéril N° 18

☐

Pinza metálica o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical

☐

Equipo de venoclisis

☐

Campos estériles o cobija para RN

☐

Sondas vesicales de Foley No 14, 16, 18

☐

Page Break

---

**Question:** CL\_DEL\_SABAG

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
-2	Se negó a mostrar	

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

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

**Question Block:** DEL\_ROOM\_COND

**Contains:** DEL\_ROOM\_COND\_1, DEL\_ROOM\_COND\_2, DEL\_ROOM\_COND\_3, DEL\_ROOM\_COND\_4

**Required**

**Show if:** (CL\_DEL\_RM is-none-of -1:[No se dan estos servicios] or -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro	
-2	Rechazó mostrar	

166. Evalúe las condiciones de la sala de nacimiento (expulsión)

	Observado	No observado	Otro	Rechazó mostrar
Piso: limpio y trapeado, sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muebles y sillas limpias y sin mugre o basura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo y estantería limpios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paredes razonablemente limpias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** DEL\_ROOM\_INDIG\_POP

**Required**

**Show if:** (CL\_DEL\_RM is-none-of -1:[No se dan estos servicios] or -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

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

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

**Question:** DEL\_ROOM\_BED

**Required**

**Show if:** (CL\_DEL\_RM is-none-of -1:[No se dan estos servicios] or -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

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

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

**Collection:** EMERGENCY\_CARE

**Contains:** CL\_EM\_RM, COL Emer

**Show if:** (FAC\_TYPE is-any-of 2:[Básico] or 3:[Completa]) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 3:[Sala de expulsión de emergencia o sala de parto que puede atender complicaciones obstétricas y neonatales]))

#### Sala de atención de emergencias

**Question:** CL\_EM\_RM

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Area no privada	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

169. Solicite ver la sala emergencias

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Area no privada



- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

---

Page Break

---

**Collection:** COL\_EMER**Contains: Show if:** (CL\_EM\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada])**Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar**

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

**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_BASIC1

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

Page Break

**Custom Layout Question: C\_EMG\_INPUT\_BASIC2**

171.

Observado (si/no) Total observados

Total funcionando

Estetoscopio de pinard ☐**Custom Layout Question: C\_EMG\_INPUT\_BASIC3**

172.

Observado (si/no) Total observados

Total funcionando

Autoclave ☐**Collection:** FAMILY\_PLANNING**Contains:** CL\_FP\_RM, CONTRA\_AV, CONTRA\_STORE, COL\_FP**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 4:[Área de planificacion familiar])**Área de Planificación familiar****Question:** CL\_FP\_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	




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

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

Page Break

**Question:** CONTRA\_AV**Required****Show if:** (CL\_FP\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, en el área de planificación familiar	
2	Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.	
3	Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.	
0	No	
-1	No sabe	

 174. Por favor verifique la existencia de métodos anticonceptivos en esta unidad médica (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, en el área de planificación familiar
- ☐ Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.
- ☐ Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.
- ☐ No
- ☐ No sabe

Auto Page Break

**Question:** CONTRA\_STORE**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	



175. Por favor verifique si los métodos anticonceptivos están guardados o almacenados en el mismo lugar que otros medicamentos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

Page Break

**Collection:** COL\_FP

**Contains:** CONTRA\_SUP\_TM1, FP\_AV\_REG, FP\_OUT, AVAIL\_PRO, FP\_MATERIALS

**Show if:** (CL\_FP\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro]) and (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.]

**Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar**

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

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT1\_BC



176.

Observado (si/no) Total observados

Kit para inserción de DIU ☐

Page Break

---

Anote la existencia de los siguientes equipos:

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT2\_AMB



177.

Observado (si/no)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Condón masculino   | <input type="checkbox"/> |
| Condón femenino  | <input type="checkbox"/> |
| Pastillas combinadas   | <input type="checkbox"/> |
| Pastillas con solamente progestina   | <input type="checkbox"/> |
| Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)                              | <input type="checkbox"/> |
| Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon) | <input type="checkbox"/> |
| Pildoras anticonceptivas de emergencia                                       | <input type="checkbox"/> |
| Espemicidas  | <input type="checkbox"/> |
| Diafragma  | <input type="checkbox"/> |
| Dispositivo intrauterino   | <input type="checkbox"/> |
| Otras (especifique): <input type="text"/>                                    | <input type="checkbox"/> |

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT2\_BC



178.

Observado (si/no)


- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Condón masculino   | <input type="checkbox"/> |
| Condón femenino  | <input type="checkbox"/> |
| Pastillas combinadas   | <input type="checkbox"/> |
| Pastillas con solamente progestina   | <input type="checkbox"/> |
| Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)                              | <input type="checkbox"/> |
| Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon) | <input type="checkbox"/> |
| Pildoras anticonceptivas de emergencia                                       | <input type="checkbox"/> |
| Dispositivo intrauterino   | <input type="checkbox"/> |
| Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)                | <input type="checkbox"/> |
| Espemicidas  | <input type="checkbox"/> |
| Diafragma  | <input type="checkbox"/> |
| Otras (especifique): <input type="text"/>                                    | <input type="checkbox"/> |

Page Break


---

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


**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_1\_AMB**

-  179. Pastillas con solamente progestina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_2\_AMB**

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


**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_3\_AMB**

-  181. Inyectables con solamente progestina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_4\_AMB**

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


**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_5\_AMB**

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


**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_1\_BC**

-  184. Pastillas con solamente progestina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐


**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_2\_BC**

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


**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_3\_BC**

-  186. Inyectables con solamente progestina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐

**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_4\_BC**

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

**Custom Layout Question: C\_FP\_INPUT3\_5\_BC**

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

Page Break

---



**Question:** CONTRA\_SUP\_TM1**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.]**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Dentro de las 4 semanas anteriores	
2	Entre 4 y 12 semanas	
3	Hace más de 12 semanas	
0	No existe un sistema de abasto rutinario	
-1	No sabe	

189. Por favor verifique cuándo fue la última vez que esta unidad médica recibió anticonceptivos, independientemente de que haya sido solicitado por la unidad médica o que hayan llegado como parte de un sistema rutinario de abasto

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Dentro de las 4 semanas anteriores  
☐ Entre 4 y 12 semanas  
☐ Hace más de 12 semanas  
☐ No existe un sistema de abasto rutinario  
☐ No sabe

**Question:** FP\_AV\_REG**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.]**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Observada	
0	No observada	
995	Otra, especifique:	
-1	Se negó a mostrar	

190. Si está disponible, pida ver los registros de la información acerca de las pláticas de planificación familiar otorgadas.

- ☐ Observada  
☐ No observada  
☐ Otra, especifique:   
☐ Se negó a mostrar

**Question:** FP\_OUT**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.]**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí, número de días:	
0	No se ofrece el servicio fuera de la unidad médica	
-1	No sabe	
-2	No responde	

191. Por favor pregunte sobre el registro de los servicios de planificación familiar que se ofrecen fuera de la unidad médica y verifique cuántos días en un mes se ofrecen este tipo de servicios fuera de la unidad médica.

(CONVIERTA SEMANAS Y MESES A DÍAS)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, número de días:   
☐ No se ofrece el servicio fuera de la unidad médica  
☐ No sabe  
☐ No responde

**Question Block:** AVAIL\_PRO**Contains:** FAMILY\_PLANNING\_1, FAMILY\_PLANNING\_2, FAMILY\_PLANNING\_3**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.]**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Observada	
0	No observada	
-1	Se negó a mostrar	

192. Por favor verifique la disponibilidad de materiales de enseñanza y protocolos

(ANOTE UNA OPCIÓN PARA CADA PREGUNTA)

	Observada	No observada	Se negó a mostrar
Alguna guía o protocolo para planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guía para atención de personas con datos sugerentes de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos para diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question Block:** FP\_MATERIALS**Contains:** FP\_MATERIALS\_1, FP\_MATERIALS\_2, FP\_MATERIALS\_3, FP\_MATERIALS\_4, FP\_MATERIALS\_5, FP\_MATERIALS\_6, FP\_MATERIALS\_7**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.]**Scale Summary**

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

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-1	Se negó a mostrar	

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

	Observado	No observado	Se negó a mostrar
Materiales impresos sobre higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre nutrición y alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre signos y síntomas de alarma en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre información general sobre Infecciones de Transmisión Sexual o VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Collection:** CHILD\_HEALTH\_SERVICES

**Contains:** CL\_CHILD\_RM, COL\_CHILD

**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 5:[Consultorio de atención de niños y/o consultorio pediatría])

#### Área o Sala de atención para niños

**Question:** CL\_CHILD\_RM

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

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

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

Page Break

**Collection:** COL\_CHILD**Contains:** CH\_MATERIALS\_1, REG\_CHL\_SER**Show if:** (CL\_CHILD\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])**Entrevistador, tenga en cuenta que algunas de los insumos y equipos se encuentran en otra área, pregunte al representante de la unidad le llevará a esa área y mostrar**

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

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT1\_AMBN

195.

Observado (si/no) Total observados

Total funcionando

Balanza o Báscula pediátrica

☐

Báscula o Balanza de pie para niños

☐

Tallímetro o o Estadímetro

☐

Estetoscopio

☐**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT1\_AMB

196.

Observado (si/no) Total observados

Total funcionando

Balanza o Báscula pediátrica

☐

Balanza de pie para niños

☐

Tallímetro o Estadímetro

☐

Estetoscopio

☐

Estetoscopio pediátrico

☐**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT1\_BASIC

197.

Observado (si/no) Total observados

Total funcionando

Balanza o Báscula pediátrica

☐

Báscula o Balanza de pie para niños

☐

Tallímetro o Estadímetro

☐

Tensiómetro pediátrico

☐

Estetoscopio pediátrico

☐


Negatoscopio

☐


Page Break

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:


**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT2\_AMBN

-  198. Observado (si/no)
- Termómetro oral ☐
- Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo ☐

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT2\_AMB

-  199. Observado (si/no)
- Termómetro oral ☐
- Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo ☐

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT2\_BC

-  200. Observado (si/no)
- Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo ☐
- Termómetro oral ☐


Page Break

---

---

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT3\_AMBN


---

 201. Observado (si/no)  
Termómetro axilar ☐

---

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT3\_AMB


---

 202. Observado (si/no)  
Termómetro axilar ☐

---

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT3\_BC

---

 203. Observado (si/no)  
Termómetro axilar ☐


---

Page Break

---

**Question Block:** CH\_MATERIALS\_1  
**Contains:** CH\_MATERIALS\_1\_1, CH\_MATERIALS\_1\_2  
**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

 204. Por favor revise que los siguientes materiales estén colocados en la pared o en algún lugar visible

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Materiales impresos sobre signos y síntomas de riesgo en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** REG\_CHL\_SER  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

 205. Si está disponible, pida ver los registros donde es anotada la información del servicio de atención a niños

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Observado  
☐ No observado

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Collection:** VACCINATION


**Contains:** CL\_IMM\_RM, COL\_VACC

**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 6:[Área de vacunas])

#### Área o cuarto de vacunación

**Question:** CL\_IMM\_RM  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

 206. Solicite ver la sala o área de vacunación y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

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

Page Break

---

**Collection:** COL\_VACC**Contains:** CL\_VAC\_INJ\_TYPE\_, CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS, REG\_IMM\_SER**Show if:** (CL\_IMM\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])**Question:** CL\_VAC\_INJ\_TYPE\_**Minimum checks:** 1

207. Pida ver el equipo de inyecciones usado durante las sesiones de vacunación de rutina en esta instalación. Observe también el tipo.  
(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES )

- ☐ Observado, desechable  
☐ Observado, esterilizable  
☐ Observado, autoinutilizable  
☐ Informado, no visto  
☐ Observados, otros  
☐ Se negó a mostrar

**Question Block:** CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS**Contains:** CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS\_1, CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS\_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



208. Verifique la existencia de elementos necesarios para servicios de vacunación

(SELECCIONE UNO EN CADA UNO )

	Observado	No se observó	Otro	Se negó a mostrar
Esquema nacional de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hojas de resumen o registros permanentes para registros de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** REG\_IMM\_SER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



209. Pida que le enseñen los registros de información del servicio de vacunación para niños

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Observado  
☐ No observado  
☐ Otro (ESPECIFIQUE):   
☐ Se negó a mostrar

**Collection:** COLD\_CHAIN**Contains:** VACC\_STR1, COL\_COLD\_CHAIN**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 7:[Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)])**Cadena de frío****Question:** VACC\_STR1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se almacenan vacunas en la unidad médica	
2	Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.	
0	No se almacenan vacunas	
-2	No responde	



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

**Collection:** COL\_COLD\_CHAIN**Contains:** CL\_VAC\_TEMP, CL\_VAC\_CARR, CL\_VAC\_CARR\_ICE, VAC\_SUPPLY**Show if:** (VACC\_STR1 is-any-of 1:[Sí, se almacenan vacunas en la unidad médica] or 2:[Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.])

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

**Custom Layout Question:** C\_VAC\_STR

211.

Cantidad

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar 0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar

Refrigerador eléctrico

Refrigerador de querosén

Refrigerador de gas

Refrigerador solar

Termo frío (Pingüino)

Page Break



Verifique los termómetros e indique (termómetros para medir la temperatura en el interior del refrigerador)

**Custom Layout Question:** C\_VAC\_THERM



212.

Cantidad

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar 0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar

Termómetros digitales

Termómetros de alcohol

Otro (especifique)

Page Break

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT, CL\_VAC\_TEMP\_REC, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT, CL\_VAC\_TEMP\_PRT**Show if:** (FRIDGE > 0)**Para cada refrigerador, respuesta a las siguientes preguntas****Question:** CL\_VAC\_TEMP1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	



213. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. Si se usa más de un sistema o equipo de almacenamiento, seleccione aquel donde se almacena la vacuna DPT y la vacuna para Influenza B y verifique la temperatura.  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Temperatura en grados centígrados:

☐ No observado

☐ El termómetro no funciona

☐ No hay termómetro

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



214. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

☐ Observados

☐ No se observó

☐ Otro

☐ Se negó a mostrar

Auto Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



215. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	



216. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado