

0%**Collection:** LOGIN**Contains:** DATSTAT_ALTPID

Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required

ID:

Collection: LOG_IN**Contains:** DATE, INTERVW_ID1, INTERVW_ID2, FAC_TYPE, DEPT_ID, MUNICIP_ID, FACILITY_ID, CONSENT_OBTAINED**Question:** DATE
Required

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)**Question:** INTERVW_ID1
Required

2. Identificación 1 del entrevistador

Question: INTERVW_ID2

3. Identificación 2 del entrevistador

Question: FAC_TYPE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
3	ECOS Familiar y Especializado	

4	Hospital	
---	----------	--



4. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ ECOS Familiar (intermedia o básica)
☐ ECOS Familiar y Especializado
☐ Hospital

Question: DEPT_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	Ahuachapan	
1	Cabañas	
5	Cuscatlan	
4	La Libertad	
8	La Paz	
3	La Union	
2	Morazan	
6	San Vicente	
995	Otro	



5. Identificación del Departamento:

- ☐ Ahuachapan
☐ Cabañas
☐ Cuscatlan
☐ La Libertad
☐ La Paz
☐ La Union
☐ Morazan
☐ San Vicente
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

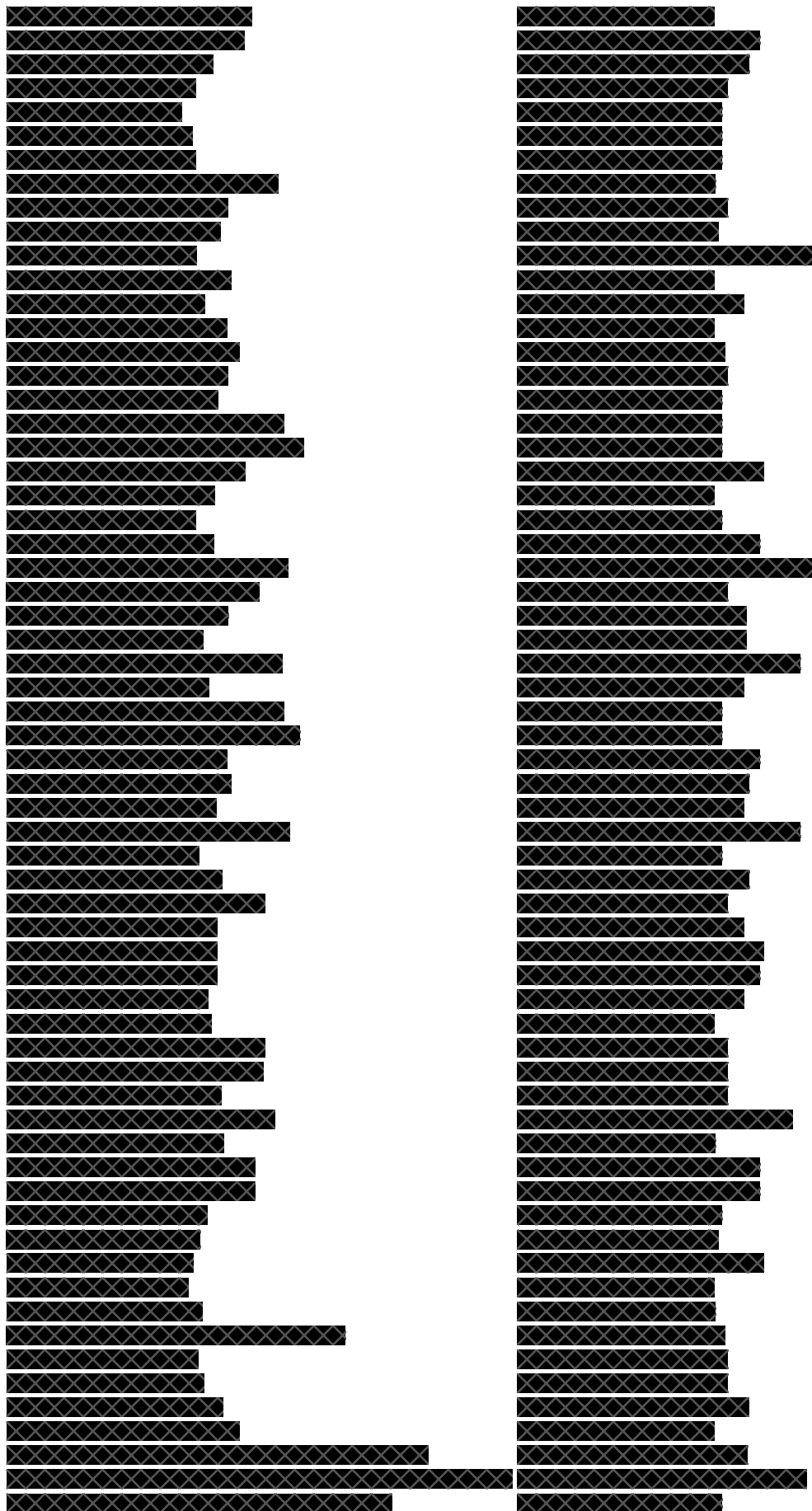
Question: MUNICIP_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	(DEPT_ID = 7:[Ahuachapan])
6	Apastepeque	(DEPT_ID = 6:[San Vicente])
3	Chiltiupan	(DEPT_ID = 4:[La Libertad])
17	Cojutepeque	(DEPT_ID = 5:[Cuscatlan])
2	El Sauce	(DEPT_ID = 3:[La Union])
12	Ilobasco	(DEPT_ID = 1:[Cabañas])
14	La Libertad	(DEPT_ID = 4:[La Libertad])
5	Monte San Juan	(DEPT_ID = 5:[Cuscatlan])
10	San Antonio Masahuat	(DEPT_ID = 8:[La Paz])
4	San Cristobal	(DEPT_ID = 5:[Cuscatlan])
8	San Esteban Catarina	(DEPT_ID = 6:[San Vicente])
21	San Francisco Gotera	(DEPT_ID = 2:[Morazan])
7	San Ildefonso	(DEPT_ID = 6:[San Vicente])
16	San Vicente	(DEPT_ID = 6:[San Vicente])
9	Santa Maria Ostuma	(DEPT_ID = 8:[La Paz])
23	Santa Rosa de Lima	(DEPT_ID = 3:[La Union])
0	Sensuntepeque	(DEPT_ID = 1:[Cabañas])
1	Sociedad	(DEPT_ID = 2:[Morazan])
11	Tacuba	(DEPT_ID = 7:[Ahuachapan])

- ☐ Ahuachapan
- ☐ Apastepeque
- ☐ Chiltiupan
- ☐ Cojutepeque
- ☐ El Sauce
- ☐ Ilobasco
- ☐ La Libertad
- ☐ Monte San Juan
- ☐ San Antonio Masahuat
- ☐ San Cristobal
- ☐ San Esteban Catarina
- ☐ San Francisco Gotera
- ☐ San Ildefonso
- ☐ San Vicente
- ☐ Santa Maria Ostuma
- ☐ Santa Rosa de Lima
- ☐ Sensuntepeque
- ☐ Sociedad
- ☐ Tacuba
- ☐ Tecolulca
- ☐ Tejutepeque
- ☐ Zacatecoluca
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

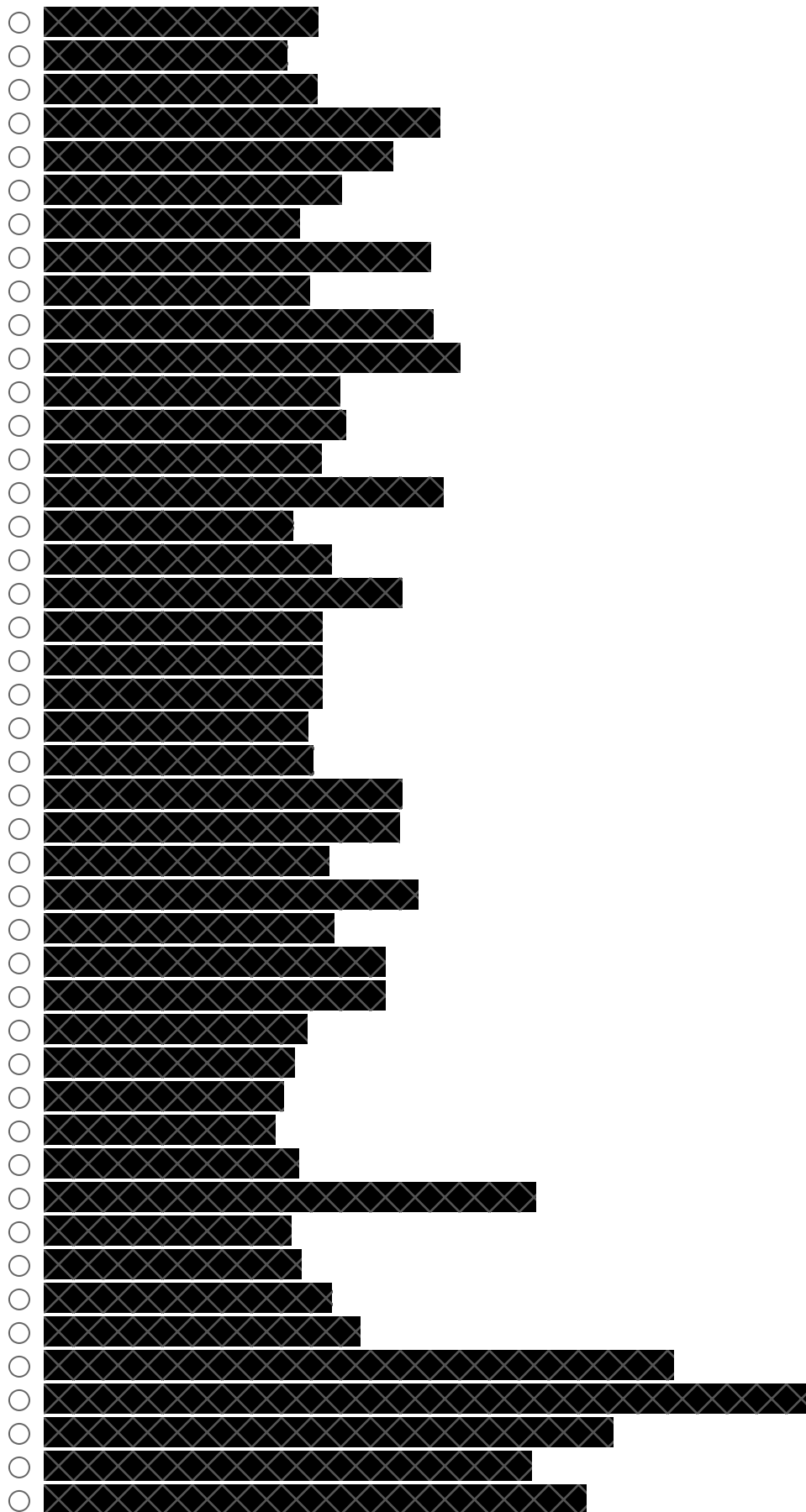
Scale Summary

Show-If





Horizontal bar chart showing the percentage of respondents who believe that the current government is responsible for the economic crisis in the United States. The chart is divided into two sections: 'Current government' and 'Previous governments'. The 'Current government' section shows a range of responses from 10% to 90%, with a median of 50%. The 'Previous governments' section shows a range of responses from 10% to 90%, with a median of 50%.



- ☐ [REDACTED]
☐ [REDACTED]
☐ [REDACTED]
☐ [REDACTED]
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

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

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

El Ministerio de Salud de El Salvador ha dado ya su aprobación para la conducción de este diagnóstico. Le haremos preguntas acerca de diversos servicios que ofrecen a la población y le pediremos ver los registros de los pacientes. Los nombres de los pacientes no se registraran, ni compartirán. La información acerca de esta unidad médica puede ser utilizada por el MINSAL 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 MINSAL.

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

¿Tiene alguna pregunta acerca de la encuesta?

¿Tengo su consentimiento para continuar?

Question: CONSENT_OBTAINED

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



8. ¿Se obtuvo consentimiento?

- ☐ Sí
☐ No

Jump-To: JMP1

Description:

Jump-To-Item: END

Jump-If: (CONSENT_OBTAINED = 0:[No])

Collection: CHECKLIST

Contains: SELECTION_AREA, SURVEY_SUBMIT, ANTENATAL_POSTNATAL_CARE, DELIVERY_ROOM, EMERGENCY_CARE, CHILD_HEALTH_SERVICES, FAMILY_PLANNING, VACCINATION, COLD_CHAIN, DIAGNOSTIC_IMAGING, BIO_HAZARD, PHARMACY, LAB_SERVICES, GENERAL_CONDITIONS, JUMPS, COMMENTS

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.

Por favor introduce dentro de cada sección - si esta sala o servicio no está disponible indicarlo en el apartado correspondiente

Question: SELECTION_AREA**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Consultorios de atención prenatal y postnatal	
2	Sala de expulsión	
3	Área para atención de parto inmediatamente (de emergencia)	
4	Área de planificación familiar	
5	Área de atención a niños	
6	Área de vacunas	
7	Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)	
8	Área de diagnóstico por imágenes	
9	Área de disposición de residuos biológico infecciosos	
10	Farmacia	
11	Laboratorio	
12	Condiciones generales de la unidad	
13	Al final de la encuesta	



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

- ☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal
- ☐ Sala de expulsión
- ☐ Área para atención de parto inmediatamente (de emergencia)
- ☐ Área de planificación familiar
- ☐ Área de atención a niños
- ☐ Área de vacunas
- ☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
- ☐ Área de diagnóstico por imágenes
- ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos
- ☐ Farmacia
- ☐ Laboratorio
- ☐ Condiciones generales de la unidad
- ☐ Al final de la encuesta

Question: SURVEY_SUBMIT**Required****Show if:** (SELECTION_AREA = 13:[Al final de la encuesta])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

- ☐ Sí
- ☐ No

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:[Consultorios de atención prenatal y postnatal]) or (TRASH = 1:[show all folders]) or (JUMPBACK_ANPST = 1)

Atención prenatal y post-natal

Question: CL_ANPST_RM

Required

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



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

Características de las áreas físicas:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Collection: COL_ANC

Contains: ANC_IMAGING_1, ANC_IMAGING_1_FUNC, AVAIL_PRO_1, AVAIL_PRO_2, CLN_ANC_DOC, CLN_PNC_DOC

Show if: (CL_ANPST_RM is-any-of 1:[Area o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Area o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Area con privacidad visual únicamente] or 0:[Area no privada] or 995:[Otro])

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

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT1_AMB



12.

Observado Total observados

Total funcionando

Báscula

☐

Báscula de pie con
tallímetro

☐

Tallímetro o

☐

Estadimetro

Mesa (cama) para
exploración

☐

ginecológica

Cinta obstétrica del
CLAP / cinta

métrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lámpara de mano / lámpara de cuello de ganso / foco de mano / linterna o luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aparato para tomar la presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cualquier tamaño de espéculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT1_BC

13.	Observado	Total observados	Total funcionando
Báscula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Báscula de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tallímetro o Estadimetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinta obstétrica del CLAP / cinta métrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lámpara de mano / lámpara de cuello de ganso / foco de mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esfigmomanómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT2_AMB

14.	Observado
Historia clínica materno perinatal	<input type="checkbox"/>
Carnet o tarjeta materno perinatal	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT2_BC

15.	Observado
-----	-----------

Historia clínica materno perinatal ☐Carnet o tarjeta materno perinatal ☐**Question Block:** ANC_IMAGING_1**Contains:** ANC_IMAGING_1_1, ANC_IMAGING_1_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



16.

Por favor anote la disponibilidad y número del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)	Observado, número:	No observado	Se niega a mostrar
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: ANC_IMAGING_1_FUNC**Contains:** ANC_IMAGING_1_FUNC_1, ANC_IMAGING_1_FUNC_4**Required**

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



17.

Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

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

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	



18. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):	Observado	No observado	Rechazó mostrar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	



19. 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	



20. 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	



21. 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: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 2:[Sala de expulsión]) or (JUMPBACK_DEL = 1)

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	



22. Solicite ver la sala de atencion de parto o sala de expulsion.

- ☐ 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

Collection: COL_DEL

Contains: CL_DEL_SABAG, DEL_ROOM_BED, HEM_UTR_BLN, HEM_UTR_BLN_CHECK

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])

Question: CL_DEL_SABAG

Required

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



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

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

Question: DEL_ROOM_BED

Required

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

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



- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

Question: HEM_UTR_BLN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Balón de taponamiento uterino (producido comercialmente)	
2	Kit para el taponamiento uterino (producido comercialmente)	
3	Kit para el taponamiento uterino (ensamblado por la unidad de salud)	
995	Otro (especificar)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



25. Por favor verifique la existencia de un balón de taponamiento uterino en la sala de parto (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Balón de taponamiento uterino (producido comercialmente)
- ☐ Kit para el taponamiento uterino (producido comercialmente)
- ☐ Kit para el taponamiento uterino (ensamblado por la unidad de salud)
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: HEM_UTR_BLN_CHECK

Minimum checks: 1

Show if: (HEM_UTR_BLN = 1:[Balón de taponamiento uterino (producido comercialmente)]) or (HEM_UTR_BLN = 2:[Kit para el taponamiento uterino (producido comercialmente)]) or (HEM_UTR_BLN = 3:[Kit para el taponamiento uterino (ensamblado por la unidad de salud)])



26. Verifique si estos materiales están listos para ensamblar y colocar un dispositivo de taponamiento uterino:

- ☐ Condón
- ☐ Catéter
- ☐ Jeringuilla
- ☐ Guantes
- ☐ Bolsa de infusión intravenosa con solución salina
- ☐ Conjunto IV
- ☐ Pinzas de 2 anillos
- ☐ Tijeras
- ☐ Espéculo de Sims
- ☐ Sutura
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

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

BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS

Custom Layout Question: C_DEL_INPUT1



27.

Observado

	(si/no)	Total observados	Total funcionando
Equipo p/ suero c/ macrogotero y microgotero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Campos estériles o cobija ara el recién nacido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonda Nasogástrica K33	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pinza metálica o cinta umbilical	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

Custom Layout Question: C_DEL_INPUT2



28.

Observado (Sí/No)

Catéter Intravenoso Estéril N° 14 ☐ ☐

Catéter Intravenoso Estéril N° 16 ☐ ☐

Catéter Intravenoso Estéril N° 18 ☐ ☐

Collection: EMERGENCY_CARE

Contains: CL_EM_RM, COL_EMER

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 3:[Área para atención de parto inmediatamente (de emergencia)]) or (JUMPBACK_EMERGENCY = 1)

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	



29. Solicite ver las areas donde se atienden a los partos (normales o complicados):
(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

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:[Area no privada])

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

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_COMP1

30.

Observado Total observados

Total funcionando



Tensiómetro

☐ ▼

Estetoscopio

☐ ▼

Estetoscopio

pediatrico o

estetoscopio

neonatal

☐ ▼

Dopler portátil

☐ ▼

Esterilizador de

calor seco

☐ ▼

Tanque de oxigeno

☐ ▼

Bolsa de

reanimacionpara

adulto

☐ ▼

Bolsa de

resucitación

neonatal

☐ ▼

Laringoscopio

☐ ▼

Equipo para AMEU

☐ ▼

Equipos para

Anestesia

☐ ▼

Equipo básico para

legrado uterino

☐ ▼**Custom Layout Question:** C_EMG_INPUT_COMP0

31.

Observado Funcionando

Suministro de oxígeno central

☐ ▼☐ ▼**Custom Layout Question:** C_EMG_INPUT_COMP2

32.

Observado Total observados

Total funcionando

Estetoscopio

neonatal

☐ ▼**Custom Layout Question:** C_EMG_INPUT_COMP3

33.

Observado Total observados

Total funcionando

Estetoscopio de

pinard

☐ ▼**Custom Layout Question:** C_EMG_INPUT_COMP4

34.

Observado Total observados

Total funcionando

Autoclave

☐ ▼**Collection:** CHILD_HEALTH_SERVICES**Contains:** CL_CHILD_RM, COL_CHLD**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 5:[Área de atención a niños]) or (JUMPBACK_CHILD = 1)

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	



35. Solicite ver las salas donde se atienden 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

Collection: COL_CHLD

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])

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

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT1_AMB



36.

Observado Total observados

Total funcionando

Báscula para adultos

☐ ☐

Báscula con infantómetro

☐ ☐

Báscula colgante/báscula de calzon para bebés

☐ ☐

Báscula de pie para niños

☐ ☐

Tallímetro o Estadímetro

☐ ☐

Estetoscopio

☐ ☐

Estetoscopio pediátrico

☐ ☐

Oto-oftalmoscopio

☐ ☐

Lámpara de mano/lámpara de cuello de ganso

☐ ☐

Camilla o mesa para examen

☐ ☐

Cinta métrica	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de nebulización	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT1_BC

37.	Observado	Total observados	Total funcionando
Báscula con infantómetro	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula de pie para niños	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Báscula colgante/báscula de calzon para bebes	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro pediátrico	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro neonatal	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lámpara de mano/lámpara de cuello de ganso/foco de mano	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio biauricular para recién nacidos	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Martillo de reflejos	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Negatoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oto-oftalmoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Camilla o mesa para examen	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cinta métrica	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo de nebulización	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT2_AMB


38.	Observado
Termómetro oral	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT2_AMB2

39.	Observado
Historia clínica materno perinatal	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>


Carnet o tarjeta materno perinatal

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT2_BC2

40.  Observado
- Historia clínica materno perinatal
- Carnet o tarjeta materno perinatal

Verifique la disponibilidad de los siguientes insumos:

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT3_AMB


41.  Observado
- Termómetro axilar

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	


42.  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	

43.  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: FAMILY_PLANNING

Contains: CL_FP_RM, COL_FP

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 4:[Área de planificacion familiar]) or (JUMPBACK_FP = 1)

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	



44. 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

Collection: COL_FP

Contains: CONTRA_AV, CONTRA_STORE, MAT_FAMPLAN, KARDEX_FP, FP_STOCKOUT_AMB, FP_STOCKOUT_COMP, CONTRA_SUP_TM1, FP_AV_REG, FP_OUT, AVAIL_PRO

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])

Question: CONTRA_AV

Required

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	



45. 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

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	



46. 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

Question: MAT_FAMPLAN
Minimum checks: 1



47. ¿Cuáles de los siguientes materiales sobre planificación familiar están disponibles?

- ☐ Folletos sobre planificación familiar para pacientes
☐ Carteles sobre planificación familiar
☐ Folletos sobre planificación familiar para el personal
☐ Manuales sobre planificación familiar para el personal
☐ Tablas de rotafolio sobre planificación familiar
☐ Otro (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta

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

Custom Layout Question: C_FP_INPUT1_BC



48. Observado Total observados

Kit para inserción de DIU ☐ ☐

Anote la existencia de los siguientes equipos:

Custom Layout Question: C_FP_INPUT2_AMB



49.

Observado

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

Custom Layout Question: C_FP_INPUT2_BC

50.

Observado

Condón masculino

☐

Condón femenino

☐

Pastillas combinadas

☐

Pastillas con solamente progestina

☐

Inyectables combinados (con estrógenos) (1 mes)

☐

Inyectables con solamente progestina (2 0 3 meses) (por ejemplo, Microgynon)

☐

Píldoras anticonceptivas de emergencia

☐

Dispositivo intrauterino

☐

Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)

☐

Espermicidas

☐

Diafragma

☐

Otras (especifique):

☐

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

Question Block: KARDEX_FP**Contains:** KARDEX_FP_OCP, KARDEX_FP_OCPPROG, KARDEX_FP_INJPROG, KARDEX_FP_INJ, KARDEX_FP_MCON, KARDEX_FP_IUDDEVICE, KARDEX_FP_IUD, KARDEX_FP_IMPL**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	




51. Verifique los siguientes kardex u otro registro:


	Kardex observado	Kardex no observado
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables con solamente progestina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables combinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kit para inserción de DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: FP_STOCKOUT_AMB**Contains: Show if:** (C_FP_INPUT_AMB_PRE_MCON = 1) and ((C_FP_INPUT_AMB_PRE_OCP = 1) or (C_FP_INPUT_AMB_PRE_OCPPROG = 1)) and ((C_FP_INPUT_AMB_PRE_INJ = 1) or (C_FP_INPUT_AMB_PRE_INJPROG = 1)) and (FAC_TYPE ≠ 4:[Hospital])


Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_2_AMB

-  52. 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_1_AMB

-  53. 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_3_AMB

-  54. 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

-  55. 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

-  56. 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_6_AMB

-  57. Dispositivo intrauterino
- 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_7_AMB

-  58. Implante anticonceptivo
- 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) ☐ ☐

Collection: FP_STOCKOUT_COMP

Contains: Show if: (C_FP_INPUT_BC_PRE_MCON = 1) and ((C_FP_INPUT_BC_PRE_OCP = 1) or (C_FP_INPUT_BC_PRE_OCPPROG = 1)) and ((C_FP_INPUT_BC_PRE_INJ = 1) or (C_FP_INPUT_BC_PRE_INJPROG = 1))

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_1_BC



59.

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



60.

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



61.

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



62.

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



63.

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_7_BC



64.

Dispositivo intrauterino

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_6_BC

65.

Kit para inserción de DIU

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_8_BC

66.

Implante anticonceptivo

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)

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	



67. 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	



68. 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	



69. 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	



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

(ANOTE UNA OPCIÓN PARA CADA PREGUNTA. Se pueden mostrar en digital.)

	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"/>

Collection: VACCINATION

Contains: CL_IMM_RM, COL_VACC

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 6:[Área de vacunas]) or (JUMPBACK_VAC =

1)

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	



71. 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

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

72. 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	



73. 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	



74. 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)]) or (JUMPBACK_COLDCHAIN = 1)**Cadena de frío****Question:** VACC_STR1**Required**

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



75. Por favor verifique si esta unidad médica guarda vacunas, o las vacunas son recogidas de otra unidad médica o son entregadas a la unidad cuando van a ser aplicadas. (Recuerde que conservar vacunas por solo 1-2 días antes de su uso, no se considera como guardar de vacunas)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Sí, se guardan vacunas en la unidad médica☐ Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.☐ No se guardan vacunas☐ No responde**Collection:** COL_COLD_CHAIN**Contains:** REF_DIS, CL_VAC_CARR, CL_VAC_CARR_ICE, VAC_SUPPLY, CL_VAC_TEMP_1, CL_VAC_TEMP_2, CL_VAC_TEMP_3, CL_VAC_TEMP_4, CL_VAC_TEMP_5, CL_VAC_TEMP_6, CL_VAC_TEMP_7, CL_VAC_TEMP_8, CL_VAC_TEMP_9, CL_VAC_TEMP_10

Show if: (VACC_STR1 is-any-of 1:[Sí, se guardan 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

76.	Cantidad utilizada para el almacenamiento de vacunas 0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar	Funcionando 0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar
Refrigerador eléctrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de querosén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador solar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termo frío (Pingüino)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_VAC_STR_2

77.	Cantidad utilizada NO para el almacenamiento de vacunas 0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar	Funcionando 0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar
Refrigerador eléctrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de querosén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador solar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termo frío (Pingüino)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verifique los termómetros e indique

Custom Layout Question: C_VAC_THERM

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

Question: REF_DIS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	menos de 10 cm	

2	10-30 cm	
3	más de 30 cm	
-1	no sabe	
-2	se negó a mostrar	



79. A que distancia de la pared están ubicadas las refrigeradores?

- ☐ menos de 10 cm
☐ 10-30 cm
☐ más de 30 cm
☐ no sabe
☐ se negó a mostrar

Question: CL_VAC_CARR

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observadas, cantidad de cajas vistas:	
2	Informadas	
0	No vistas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Question: CL_VAC_CARR_ICE

Required

Show if: (CL_VAC_CARR = 1:[Observadas, cantidad de cajas vistas:])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados, un juego	
2	Observados, dos o más juegos	
0	No vista	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



81. Pida ver los paquetes de hielo o gel frío usados en las cajas de transporte de vacunas (juego = cuatro o cinco por caja).

- ☐ Observados, un juego
☐ Observados, dos o más juegos
☐ No vista
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Collection: VAC_SUPPLY

Contains: REG_SUP_VAC, VAC_SUPPLY_2

Suministro de vacunas

Question: REG_SUP_VAC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registro observado	
0	No observado	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	
-3	No se proporcionan servicios de vacunación	



82. Por favor pida que le enseñen donde se registra el suministro (recepción) de vacunas

- ☐ Registro observado
☐ No observado
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar
☐ No se proporcionan servicios de vacunación

Collection: VAC_SUPPLY_2

Contains: KARDEX_VACCINES, VAC_SUP_TM1

Show if: (REG_SUP_VAC is-any-of 1:[Registro observado] or 995:[Otro])

Revise el kardex o registro de información sobre el abasto de vacunas y registre la siguiente información

Question Block: KARDEX_VACCINES

Contains: KARDEX_PENTA, KARDEX_POLIO, KARDEX_MMR, KARDEX_FLU, KARDEX_ROTA, KARDEX_PNEU, KARDEX_BCG

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	



83. Verifique los siguientes kardex de abastacimiento u otro registro de las siguientes vacunas:

	Kardex observado	Kardex no observado
Pentavalente (incluye DPT, Hib, HepB)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SRP (sarpion, rubeola, y parotiditis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjugado neumococcico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verifique el abastecimiento de las siguientes vacunas para hoy:

Custom Layout Question: C_VAC_REG_1



84.

Abasto observado


Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb)

Polio

SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)

Influenza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rotavirus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conjugado neumocócico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vacuna antitetánica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_VAC_REG_2

85.  Observado


DPT (sola y no como parte de la vacuna pentavalente) ☐ ☐

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

HIB (sola y no como parte de la vacuna pentavalente) ☐ ☐

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

Custom Layout Question: C_VAC_SUP_1


86.  BCG

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_VAC_SUP_2


87.  SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

Custom Layout Question: C_VAC_SUP_PENTA


88.  Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb)

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_VAC_SUP_POLIO

89.  Polio

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_VAC_SUP_ROTA

90.  Rotavirus



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_VAC_SUP_FLU

91.

Influenza

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_VAC_SUP_PNEU

92.

Conjugado neumocócico

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_VAC_SUP_HEPB

93.

Hepatitis B (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)

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_VAC_SUP_HI

94.

HIB (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)

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_VAC_SUP_DPT

95.

DPT (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)

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_VAC_SUP_TET

96.

Vacuna antitetanica

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)

Question: VAC_SUP_TM1**Required****Show if:** (REG_SUP_VAC = 1:[Registro observado])

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



97. Por favor verifique cuándo fue la última vez que la unidad médica recibió suministro de vacunas, independientemente de que hayan sido solicitadas por la unidad médica o que hayan llegado como parte de un sistema rutinario de abasto (SELECCIONE UNA OPCIÓN).

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

Collection: CL_VAC_TEMP_1
Contains: CL_VAC_TEMP1_1, CL_VAC_TEMP_CHRT_1, CL_VAC_TEMP_REC_1, CL_VAC_TEMP_MISS_1, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_1, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_1, CL_VAC_TEMP_PRT_1
Show if: (FRIDGE > 0)**Para refrigerador #1, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL_VAC_TEMP1_1**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	



98. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. 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 OPCION)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
☐ No observado
☐ El termómetro no funciona
☐ No hay termómetro
 Otro (ESPECIFIQUE):

- ☐
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_1

Required

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



99. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_1

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 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	



100. 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_MISS_1

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

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



101. ¿Hay alguna lectura de temperatura que falte en el gráfico de los últimos 30 días, excluyendo días festivos y fines de semana?

- ☐ Sí
- ☐ No

- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_1

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

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



102. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_1

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_1.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Collection: CL_VAC_TEMP_2

Contains: CL_VAC_TEMP1_2, CL_VAC_TEMP_CHRT_2, CL_VAC_TEMP_REC_2, CL_VAC_TEMP_MISS_2, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_2, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_2, CL_VAC_TEMP_PRT_2

Show if: (FRIDGE > 1)

Para refrigerador #2, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_2

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	



105. 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_2

Required

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



106. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_2

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_2 = 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	



107. 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_MISS_2**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

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



108. ¿Hay alguna lectura de temperatura que falte en el gráfico de los últimos 30 días, excluyendo días festivos y fines de semana?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_2**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_2 = 1:[Observados])

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



109. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_2**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_2 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_2.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

- ☐ Sí, protegidas
☐ No protegidas
☐ Otro

☐ Se negó a mostrar

Collection: CL_VAC_TEMP_3

Contains: CL_VAC_TEMP1_3, CL_VAC_TEMP_CHRT_3, CL_VAC_TEMP_REC_3, CL_VAC_TEMP_MISS_3, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_3, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_3, CL_VAC_TEMP_PRT_3

Show if: (FRIDGE > 2)

Para refrigerador #3, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_3

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	



112. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. 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_3

Required

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



113. 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


Question: CL_VAC_TEMP_REC_3

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_3 = 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	

-  114. 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_MISS_3

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

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

-  115. ¿Hay alguna lectura de temperatura que falte en el gráfico de los últimos 30 días, excluyendo días festivos y fines de semana?


- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_3

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_3 = 1:[Observados])

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

-  116. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_3

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_3 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_3.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

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

- ☐ Especificar acción:
☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_3**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Collection: CL_VAC_TEMP_4**Contains:** CL_VAC_TEMP1_4, CL_VAC_TEMP_CHRT_4, CL_VAC_TEMP_REC_4, CL_VAC_TEMP_MISS_4, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_4, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_4, CL_VAC_TEMP_PRT_4**Show if:** (FRIDGE > 3)**Para refrigerador #4, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL_VAC_TEMP1_4**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	



119. 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 OPCION)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
☐ No observado
☐ El termómetro no funciona
☐ No hay termómetro
☐ Otro (ESPECIFIQUE):
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_4**Required**

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



120. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_4

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_4 = 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	



121. 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_MISS_4

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

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



122. ¿Hay alguna lectura de temperatura que falte en el gráfico de los últimos 30 días, excluyendo días festivos y fines de semana?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_4

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_4 = 1:[Observados])

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



123. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_4**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_4 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_4.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Collection: CL_VAC_TEMP_5**Contains:** CL_VAC_TEMP1_5, CL_VAC_TEMP_CHRT_5, CL_VAC_TEMP_REC_5, CL_VAC_TEMP_MISS_5, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_5, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_5, CL_VAC_TEMP_PRT_5**Show if:** (FRIDGE > 4)

Para refrigerador #5, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_5**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	



126. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. 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 OPCION)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_5**Required**

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



127. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_5**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_5 = 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	



128. 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_MISS_5**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

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



129. ¿Hay alguna lectura de temperatura que falte en el gráfico de los últimos 30 días, excluyendo días festivos y fines de semana?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_5**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_5 = 1:[Observados])

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



130. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_5**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_5 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_5.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_5**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Collection: CL_VAC_TEMP_6**Contains:** CL_VAC_TEMP1_6, CL_VAC_TEMP_CHRT_6, CL_VAC_TEMP_REC_6, CL_VAC_TEMP_MISS_6, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_6, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_6, CL_VAC_TEMP_PRT_6**Show if:** (FRIDGE > 5)

Para refrigerador #6, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_6**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	



133. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. 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_6

Required

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



134. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_6

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_6 = 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	



135. 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_MISS_6

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

Scale Summary		

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



136. ¿Hay alguna lectura de temperatura que falte en el gráfico de los últimos 30 días, excluyendo días festivos y fines de semana?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_6

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_6 = 1:[Observados])

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



137. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_6

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_6 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_6.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_6

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Collection: CL_VAC_TEMP_7

Contains: CL_VAC_TEMP1_7, CL_VAC_TEMP_CHRT_7, CL_VAC_TEMP_REC_7, CL_VAC_TEMP_MISS_7, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_7, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_7, CL_VAC_TEMP_PRT_7

Show if: (FRIDGE > 6)

Para refrigerador #7, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_7

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	



140. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. 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 OPCION)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_7

Required

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



141. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_7

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_7 = 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	



142. 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_MISS_7

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

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



143. ¿Hay alguna lectura de temperatura que falte en el gráfico de los últimos 30 días, excluyendo días festivos y fines de semana?

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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_7

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_7 = 1:[Observados])

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



144. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_7

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_7 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_7.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_7

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	

0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Collection: CL_VAC_TEMP_8

Contains: CL_VAC_TEMP1_8, CL_VAC_TEMP_CHRT_8, CL_VAC_TEMP_REC_8, CL_VAC_TEMP_MISS_8, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_8, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_8, CL_VAC_TEMP_PRT_8

Show if: (FRIDGE > 7)

Para refrigerador #8, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_8

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	



147. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. 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 OPCION)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
☐ No observado
☐ El termómetro no funciona
☐ No hay termómetro
☐ Otro (ESPECIFIQUE):
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_8

Required

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



148. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_8**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_8 = 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	



149. 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_MISS_8**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

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



150. ¿Hay alguna lectura de temperatura que falte en el gráfico de los últimos 30 días, excluyendo días festivos y fines de semana?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_8**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_8 = 1:[Observados])

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



151. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_8**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_8 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_8.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_8

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Collection: CL_VAC_TEMP_9

Contains: CL_VAC_TEMP1_9, CL_VAC_TEMP_CHRT_9, CL_VAC_TEMP_REC_9, CL_VAC_TEMP_MISS_9, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_9, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_9, CL_VAC_TEMP_PRT_9

Show if: (FRIDGE > 8)

Para refrigerador #9, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_9

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	



154. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. 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 OPCION)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_9

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	

0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



155. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_9

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_9 = 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	



156. 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_MISS_9

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

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



157. ¿Hay alguna lectura de temperatura que falte en el gráfico de los últimos 30 días, excluyendo días festivos y fines de semana?

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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_9

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_9 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Número de días:	
-1	No registrado	



158. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_9

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_9 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_9.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_9

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Collection: CL_VAC_TEMP_10

Contains: CL_VAC_TEMP1_10, CL_VAC_TEMP_CHRT_10, CL_VAC_TEMP_REC_10, CL_VAC_TEMP_MISS_10, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_10, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_10, CL_VAC_TEMP_PRT_10

Show if: (FRIDGE > 9)

Para refrigerador #10, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_10

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	



161. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. 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 OPCION)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_10

Required

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



162. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_10

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_10 = 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	



163. 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_MISS_10

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

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



164. ¿Hay alguna lectura de temperatura que falte en el gráfico de los últimos 30 días, excluyendo días festivos y fines de semana?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_10

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_10 = 1:[Observados])

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



165. 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

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_10

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_10 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_10.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	



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

- ☐ Especificar acción:
☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_10

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	



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

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

Collection: DIAGNOSTIC_IMAGING

Contains: CL_DIAG_RM, DIAGNOSTIC_IMAGING_1, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 8:[Área de diagnóstico por imágenes]) or (JUMPBACK_DIAG = 1)

Área de diagnóstico por imagen

Question: CL_DIAG_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	



168. Solicite ver la área de diagnóstico por imágenes:

SELECCIONE UNA OPCIÓN - si no aplica seleccione "no se dan estos servicios"

- ☐ 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

Question Block: DIAGNOSTIC_IMAGING_1

Contains: DIAGNOSTIC_IMAGING_1_1, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_2, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_3, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_4

Required

Show if: (CL_DIAG_RM ≠ -1:[No se dan estos servicios]) and (CL_DIAG_RM ≠ -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



169.

Por favor anote la disponibilidad y número del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)	Observado, número:	No observado	Se niega a mostrar
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rayos X	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC

Contains: DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_1, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_2, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_3, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_4

Required

Show if: (CL_DIAG_RM ≠ -1:[No se dan estos servicios]) and (CL_DIAG_RM ≠ -2:[Rechazó mostrar])

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



170.

Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

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

Collection: BIO_HAZARD

Contains: WASTE_DIS, COL_BIOHAZARD

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 9:[Área de disposición de residuos biológico infecciosos]) or (JUMPBACK_BIO = 1)

Área de disposición de desechos biológicos peligrosos

Question: WASTE_DIS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



171. Por favor pida que le enseñen cómo y dónde se desechan los residuos biológicos peligrosos (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Se niega a mostrar

Collection: COL_BIOHAZARD

Contains: REG_WASTE_DIS, AUTOCLAVES

Show if: (WASTE_DIS = 1:[Observado])

Question: REG_WASTE_DIS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



172. Pida que le enseñen el registro de información sobre la disposición de residuos biológicos peligrosos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
☐ No observado

- ☐
- ☐ Se niega a mostrar

Question: AUTOCLAVES**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	



173. Pida ver los autoclaves.

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

Collection: PHARMACY

Contains: C_PH_CHECK1, C_PH_SUP1, C_PH_CHECK2, C_PH_SUP2, C_PH_CHECK3, C_PH_SUP3, C_PH_CHECK_OTHER

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 10:[Farmacia]) or (JUMPBACK_PHARM = 1)

Farmacia

Collection: C_PH_CHECK1

Contains:

Registre si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_AMB

174.

Observado

Acido fólico	<input type="checkbox"/> ▼
Hierro	<input type="checkbox"/> ▼
Multivitamínicos otros	<input type="checkbox"/> ▼
Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos	<input type="checkbox"/> ▼
Láminas porta objetos	<input type="checkbox"/> ▼
Nitrofurantoina	<input type="checkbox"/> ▼
Cefalaxina 500 mg	<input type="checkbox"/> ▼

Registre si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_COMP

175.

Observado

Multivitamínico	<input type="checkbox"/> ▼
Acido fólico	<input type="checkbox"/> ▼
Hierro	<input type="checkbox"/> ▼
Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos	<input type="checkbox"/> ▼
Láminas porta objetos	<input type="checkbox"/> ▼

Nitrofurantoina	<input type="checkbox"/>
Cefalexina	<input type="checkbox"/>
Lactato de ringer	<input type="checkbox"/>
Solución de Hartmann	<input type="checkbox"/>
Solución salina	<input type="checkbox"/>
Iodopovidona	<input type="checkbox"/>
Jeringa c/ Aguja Montada (Jeringa insulina)	<input type="checkbox"/>
Lidocaína s	<input type="checkbox"/>
Epinefrina	<input type="checkbox"/>
Hyoscine bromide	<input type="checkbox"/>
Butilioscina	<input type="checkbox"/>
Gotas de cloramfenicol oftálmicas	<input type="checkbox"/>
Nitrato de plata al 1%	<input type="checkbox"/>
Vitamina K	<input type="checkbox"/>

Collection: C_PH_SUP1

Contains: KARDEX_SUP1

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

Question Block: KARDEX_SUP1

Contains: KARDEX_SUP1_IRON, KARDEX_SUP1_MULTI, KARDEX_SUP1_FOLIC, KARDEX_SUP1_AYRE, KARDEX_SUP1_PLATEOBJ, KARDEX_SUP1_NITRO, KARDEX_SUP1_CEFA, KARDEX_SUP1_RINGLAC, KARDEX_SUP1_HART, KARDEX_SUP1_SAL, KARDEX_SUP1_IODO, KARDEX_SUP1_INSUL, KARDEX_SUP1_LIDO, KARDEX_SUP1_EPIN, KARDEX_SUP1_BROM, KARDEX_SUP1_BUTIL, KARDEX_SUP1_OFT, KARDEX_SUP1_SILVER, KARDEX_SUP1_VITK

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	



176. Verifique los siguientes kardex u otro registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Hierro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multivitamínicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido fólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Láminas porta objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nitrofurantoina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cefalaxina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lactato de ringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Solución de Hartmann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solución salina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iodopovidona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeringa c/ Aguja Montada (Jeringa insulina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lidocaína s	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epinefrina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyoscine bromide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Butilioscina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gotas de cloramfenicol oftálmicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nitrato de plata al 1%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamina K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_AMB_MULTI


177.

Multivitamínicos

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_PH_SUP1_AMB_IRON


178.

Hierro

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_PH_SUP1_AMB_FOLIC


179.

Acido fólico

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_PH_SUP1_AMB_AYRE


180.

Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos

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_PH_SUP1_AMB_PLATEOBJ


 181. Láminas porta objetos

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_PH_SUP1_AMB_NITRO


 182. Nitrofurantoina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_AMB_CEF


 183. Cefalaxina

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_PH_SUP1_COMP_MULTI


 184. Multivitamínico

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_PH_SUP1_COMP_CEFA


 185. Cefalexina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_COMP_RINGLAC

 186. Lactato de Ringer

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_PH_SUP1_COMP_HART

187.

Solución de Hartmann

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_PH_SUP1_COMP_SAL**

188.

Solución salina

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_PH_SUP1_COMP_IODO**

189.

Iodopovidona

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_PH_SUP1_COMP_INSUL**

190.

Jeringa c/ Aguja Montada (Jeringa insulina)

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_PH_SUP1_COMP_LIDO**

191.

Lidocaína s

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_PH_SUP1_COMP_EPIN**

192.

Epinefrina

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_PH_SUP1_COMP_BROM**

193.

Hyoscine bromide



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_PH_SUP1_COMP_BUTIL



194.

Butilioscina

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_PH_SUP1_COMP_OFT



195.

Gotas de cloramfenicol oftálmicas

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_PH_SUP1_COMP_SILVER



196.

Nitrato de plata al 1%

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_PH_SUP1_COMP_VITK



197.

Vitamina K

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)

☐ ☐

Collection: C_PH_CHECK2

Contains:

Anote si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_1_AMB



198.

Observado

Paquetes de Sales de Rehidratación Oral

☐ ☐

Sulfato ferroso en gotas

☐ ☐

Suplementos de zinc

☐ ☐

Albendazol

☐ ☐

Amoxicilina

☐ ☐

Ampicilina

☐ ☐

Antihelmíntico

☐ ☐

Observado



Observado

☐

Observado

☐

Observado

☐

Observado



Observado

Anote si se observaron los siguientes insumos



Observado





Observado



Custom Layout Question: C_PH_CHECK2_4_COMP



207.

Observado

Mebendazol

Collection: C_PH_SUP2

Contains: KARDEX_SUP2, STOCK_OUT_I7010_AMB, STOCK_OUT_I7010_COMP

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

Question Block: KARDEX_SUP2

Contains: KARDEX_SUP2_ORIS, KARDEX_SUP2_ZINC, KARDEX_SUP2_ALBEN, KARDEX_SUP2_MEBEN, KARDEX_SUP2_ANTHELM, KARDEX_SUP2_FERR, KARDEX_SUP2_MICRO, KARDEX_SUP2_OTH, KARDEX_SUP2_AMP, KARDEX_SUP2_ERYTH, KARDEX_SUP2_PENIBEN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	



208. Verifique los siguientes kardex u otro registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suplementos de zinc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Albendazol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mebendazol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antihelmintico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sulfato ferroso en gotas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Micronutrientes para niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros micronutrientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampicilina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eritromicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penicilina benzatinica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: STOCK_OUT_I7010_AMB

Contains: Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_1_AMB



209.

Sales de rehidratación oral (sobres/ plaquetes)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3
(si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_5_AMB

210.

Suplementos de zinc

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_11_AMB

211.

Antihelmíntico

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_PH_SUP2_2_AMB

212.

Albendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_4_AMB

213.

Mebendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_4_FERR

214.

Sulfato ferroso en gotas

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_PH_SUP2_4_MICRO

215.

Micronutrientes para niños

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_PH_SUP2_4_AMP



216.

Ampicilina

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_PH_SUP2_4_ERYTH

217.

Eritromicina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C_PH_SUP2_4_PENIBEN

218.

Penicilina benzatinica

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐**Collection:** STOCK_OUT_I7010_COMP**Contains: Show if:** (FACILITY_TYPE >= 3)**Custom Layout Question:** C_PH_SUP2_1_COMP

219.

Sales de rehidratación oral (sobres/
plaquetes)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐Se quedó sin ellos en el penúltimo mes
(si/no)☐ ☐Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3
(si/no)☐ ☐**Custom Layout Question:** C_PH_SUP2_2_COMP

220.

Suplementos de Zinc

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C_PH_SUP2_4_COMP

221.

Albendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C_PH_SUP2_5_COMP



222.

Mebendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C_PH_SUP2_6_COMP

223.

Antihelmíntico

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_PH_SUP2_4_COMP_FERR

224.

Sulfato ferroso en gotas

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_PH_SUP2_4_COMP_MICRO

225.

Micronutrientes para niños

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_PH_SUP2_4_COMP_OTH

226.

Otros micronutrientes

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

☐ ☐**Collection:** C_PH_CHECK3**Contains:**

Anote si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_1_COMP

227.

Observado

Adrenalina

☐ ☐

Cristaloides isotónicos (solución salina o lactato de Ringer) para expansión de volumen

☐ ☐

Bicarbonato de sodio

☐ ☐

Hidrocloruro de naloxona

☐ ☐

Dextrosa


☐ ☐

Solución salina normal para lavado

☐ ☐

Ergotamina	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Atropina	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Dexametazona ampolla	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Amoxicilina	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Ungüento oftálmico de tetraciclina	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Hidralacina	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Furosemide: Ampollas y tabletas	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Difenilhidantoina Sódica (Fenitoina)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Diazepam	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Sulfato de Magnesio	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Fenobarbital sódico	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Atropina Sulfato	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Midazolam Clorhidrato	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Flumazenil	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Ketamina Clorhidrato Solución Inyectable	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Sevofluran	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Oxido Nitroso Gas	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Tiopental sódico	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Succinilcolina Cloruro (Suxametonio)	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Betametasona	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Maleato de ergonovina	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>
Ergometrina	<input type="checkbox"/> <input type="button" value="v"/>


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_2_COMP

 228. Observado
Oxitocina ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_3_COMP

 229. Observado
Ampicilina ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_4_COMP

 230. Observado
Amikacina sulfato ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_5_COMP

 231. Observado
Bencilpenicilina G cristalina ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_5_PENIC

 232. Observado
Penicilina cristalina ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_6_COMP

 233. Observado
Ceftriaxone ☐ ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_7_COMP

 234. Observado
Clindamicina ☐ ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_8_COMP

 235. Observado
Cefalexina ☐ ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_9_COMP

 236. Observado
Cefazolina ☐ ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_10_COMP

 237. Observado
Cloranfenicol ☐ ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_11_COMP

 238. Observado
Dicloxacilina ☐ ☐


Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_12_COMP

 239. Observado
Doxyciclina ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_13_COMP

 240. Observado
Gentamicina ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_14_COMP

 241. Observado
Metronidazol ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK3_15_COMP

242.



Observado

Hidralacina clorhidrato ☐ ☐**Custom Layout Question:** C_PH_CHECK3_16_COMP

243.

Observado

Alfametil dopa ☐ ☐**Custom Layout Question:** C_PH_CHECK3_17_COMP

244.

Observado

Propanolol ☐ ☐**Custom Layout Question:** C_PH_CHECK3_18_COMP

245.

Observado

Nifedipina ☐ ☐**Collection:** C_PH_SUP3**Contains:** KARDEX_SUP3

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

Question Block: KARDEX_SUP3**Contains:** KARDEX_SUP3_OXY, KARDEX_SUP3_ERGO, KARDEX_SUP3_PENIC, KARDEX_SUP3_AMP14, KARDEX_SUP3_AMOXI, KARDEX_SUP3_ERGOMAL, KARDEX_SUP3_ERGOMET, KARDEX_SUP3_GENTA, KARDEX_SUP3_DEXAMET, KARDEX_SUP3_BETA, KARDEX_SUP3_MGS, KARDEX_SUP3_HIDRAPO, KARDEX_SUP3_AMIKA, KARDEX_SUP3_CEFTR, KARDEX_SUP3_CLORA, KARDEX_SUP3_METROIV, KARDEX_SUP3_HIDRAIV, KARDEX_SUP3_FURO, KARDEX_SUP3_NIFED, KARDEX_SUP3_DIAZE, KARDEX_SUP3_MIDAZO, KARDEX_SUP3_SEVOFLU, KARDEX_SUP3_SUCCINI**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	



246. Verifique los siguientes kardex o registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Oxitocina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergometrina ergobasina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penicilina cristalina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampicilina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amoxicilina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maleato de ergonovina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergometrina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gentamicin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dexametasona		

Custom Layout Question: C PH SUP3 1 COMP

247.

Ergometrina ergobasina

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 PH SUP3_1 COMP_ERGOMAL

248.

Maleato de ergonovina

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 PH SUP3 1 COMP ERGOMET

249.

Ergometrina

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_PH_SUP3_2_COMP



250.

Oxitocina

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_PH_SUP3_2_COMP_PENIC



251.

Penicilina cristalina

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_PH_SUP3_2_COMP_AMPI4



252.

Ampicilina

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_PH_SUP3_2_COMP_AMOXI



253.

Amoxicilina

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP3_2_COMP_GENTA



254.

Gentamicin

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_PH_SUP3_2_COMP_DEXAMET



255.

Dexametasona

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_PH_SUP3_2_COMP_BETA



256.


Betametasona

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_PH_SUP3_2_COMP_MGS


 257. Sulfato de magnesio

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_PH_SUP3_2_COMP_HIDRAPO


 258. Hidralacina

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_PH_SUP3_2_COMP_AMIKA


 259. Amikacina sulfato

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_PH_SUP3_2_COMP_CEFTR


 260. Ceftriaxone

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_PH_SUP3_2_COMP_CLORA


 261. Cloranfenicol

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_PH_SUP3_2_COMP_METROIV

 262. Metronidazol

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_PH_SUP3_2_COMP_HIDRAIV

263.

Hidralacina clorhidrato

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_PH_SUP3_2_COMP_FURO**

264.

Furosemide

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_PH_SUP3_2_COMP_NIFED**

265.

Nifedipina

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_PH_SUP3_2_COMP_DIAZE**

266.

Diazepam

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_PH_SUP3_2_COMP_MIDAZO**

267.

Midazolam Clorhidrato

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_PH_SUP3_2_COMP_SEVOFLU**

268.

Sevofluran

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_PH_SUP3_2_COMP_SUCCINI**

269.

Succinilcolina Cloruro (Suxametonio)

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) ☐ ☐

Collection: C_PH_CHECK_OTHER
Contains:

Registre si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK4_ALL

 270. Observado


Misoprostol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metilergonovina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tazobacotan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piperaclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clorhexidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Collection: LAB_SERVICES
Contains: LAB_ROOM, COL_LAB
Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 11:[Laboratorio]) or (JUMPBACK_LAB = 1)

Servicios de laboratorio

Question: LAB_ROOM
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Area privada con privacidad visual y auditiva	
2	Area no privada con privacidad visual y auditiva	
3	Privacidad visual solamente	
0	Area no privada	
995	Otra	
-1	No hay ese servicio	
-2	Rechazó mostrarlo	

 271. Solicite ver el área en la que se llevan a cabo las tomas de muestra para los análisis de laboratorio e indique las características del área:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Collection: COL_LAB
Contains: C_LAB_REAG_AVAIL
Show if: (LAB_ROOM is-any-of 1:[Area privada con privacidad visual y auditiva] or 2:[Area no privada con privacidad visual y auditiva] or 3:[Privacidad visual solamente] or 0:[Area no privada] or 995:[Otra])

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

Custom Layout Question: C_LAB_CHECK_ALL



272.

Observado

Microscopio de campo oscuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo para inmunoensayo de enzimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microscopio de fluorescencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo de análisis de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glucómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contador de células automático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tirillas para detección de proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba rapida de embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kit para pruebas rapidas de sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kit para pruebas rapidas de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemocue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microcubetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiras reativas para glucosa en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question Block: C_LAB_REAG_AVAIL**Contains:** C_LAB_REAG_AVAIL_FERRI, C_LAB_REAG_AVAIL_SULFO, C_LAB_REAG_AVAIL_PICRIC, C_LAB_REAG_AVAIL_ANTSYPH, C_LAB_REAG_AVAIL_ANTHIV, C_LAB_REAG_AVAIL_CYAN, C_LAB_REAG_AVAIL_ANTICOAG, C_LAB_REAG_AVAIL_BLTYPE, C_LAB_REAG_AVAIL_RH**Required**

Show if: (FAC_TYPE is-any-of 4:[Hospital])

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



273. Indique la disponibilidad de los siguientes reactivos

	Observado	No observado
Ferricianuro de potasio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido sulfosalicílico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido pícrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cyanmethemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos para grupo sanguíneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos factor Rh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Custom Layout Question: C_LAB_SUP_1_BC



274.

Anticoagulantes

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_LAB_SUP_2_BC

275.

Anticuerpos factor Rh

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Collection: GENERAL_CONDITIONS**Contains:** EMER_GEN_, COL_GEN**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 12:[Condiciones generales de la unidad]) or (JUMPBACK_GEN = 1)**Características generales de la unidad de salud****Question:** EMER_GEN_
Required

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



276. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarla

Collection: COL_GEN**Contains:** EMER_WORK, EMER_FUEL, BTHRM_STAFF, BTHRM_STAFF_AMEN, BTHRM_PATIENT, BTHRM_PATIENT_AMEN**Show if:** (EMER_GEN_ = 1:[Observado])**Question:** EMER_WORK
Required**Show if:** (EMER_GEN_ = 1:[Observado])

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



277. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

- ☐ Sí, funciona
- ☐ No funciona
- ☐ No sabe

Question: EMER_FUEL
Required**Show if:** (EMER_GEN_ = 1:[Observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	



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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

Question: BTHRM_STAFF
Required

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



279. ¿Hay un baño para el personal en esta unidad de salud? Si es así, ¿podemos verlo?

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

Question: BTHRM_STAFF_AMEN

Minimum checks: 1

Show if: (BTHRM_STAFF = 1:[Sí])



280. ¿Tiene este baño alguna de las siguientes comodidades?

- ☐ Agua corriendo
- ☐ Toallas de papel
- ☐ Jabón
- ☐ Basurero
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ Rechazo mostrar

Question: BTHRM_PATIENT

Required

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



281. ¿Hay un baño para los pacientes en esta unidad de salud? Si es así, ¿podemos verlo?

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

Question: BTHRM_PATIENT_AMEN

Minimum checks: 1

Show if: (BTHRM_PATIENT = 1:[Sí])



282. ¿Tiene este baño alguna de las siguientes comodidades?

- ☐ Agua corriendo
- ☐ Toallas de papel
- ☐ Jabón
- ☐ Basurero
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ Rechazo mostrar

Collection: JUMPS

Contains: JUMPBK_INCOMPLETE

Show if: (ROOM_COMPLETE = 0) and (SELECTION_AREA = 13:[Al final de la encuesta])

Según nuestros registros, los datos no han sido plenamente recogidos por uno o más areas de este módulo. Se puede ir de nuevo a las secciones incompletas ahora.

Question: JUMPBK_INCOMPLETE

Required

Show if: (ROOM_COMPLETE = 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Consultorios de atención prenatal y postnatal	(Error!)
2	Sala de expulsión	(Error!) and (Error!)
3	Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)	(Error!) and (Error!)
4	Área de planificación familiar	(Error!)
5	Área de atención a niños	(Error!)
6	Área de vacunas	(Error!)
7	Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)	(Error!)
8	Área de diagnóstico por imágenes	(CL_DIAG_RM was-not-answered)
9	Área de disposición de residuos biológico infecciosos	(Error!)
10	Farmacia	(Error!)
11	Laboratorio	(Error!) and (Error!)
12	Condiciones generales de la unidad	(Error!)



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

- ☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal
- ☐ Sala de expulsión
- ☐ Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)
- ☐ Área de planificación familiar
- ☐ Área de atención a niños
- ☐ Área de vacunas
- ☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
- ☐ Área de diagnóstico por imágenes
- ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos
- ☐ Farmacia
- ☐ Laboratorio
- ☐ Condiciones generales de la unidad

Jump-To: JMP_ANPST

Description:

Jump-To-Item: OBS_ANC_PNC

Jump-If: (JUMPBK_INCOMPLETE = 1:[Consultorios de atención prenatal y postnatal])

Jump-To: JMP_DEL
Description:
Jump-To-Item: OBS_DEL
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 2:[Sala de expulsión])

Jump-To: JMP_EM
Description:
Jump-To-Item: OBS_EM
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 3:[Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)])

Jump-To: JMP_FP
Description:
Jump-To-Item: OBS_FP
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 4:[Área de planificacion familiar])

Jump-To: JMP_CHILD
Description:
Jump-To-Item: OBS_CHILD
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 5:[Área de atención a niños])

Jump-To: JMP_IMM
Description:
Jump-To-Item: OBS_VAC
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 6:[Área de vacunas])

Jump-To: JMP_COLD_CHAIN
Description:
Jump-To-Item: OBS_COLD_CHAIN
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 7:[Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)])

Jump-To: JMP_DIAGNOSTIC_IMAGING
Description:
Jump-To-Item: OBS_DIAGN_IMAGING
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 8:[Área de diagnóstico por imágenes])

Jump-To: JMP_BIO_HAZARD
Description:
Jump-To-Item: OBS_BIOHAZARD
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 9:[Área de disposición de residuos biológico infecciosos])

Jump-To: JMP_LAB
Description:
Jump-To-Item: OBS_LAB
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 11:[Laboratorio])

Jump-To: JMP_GENERAL_CONDITION
Description:
Jump-To-Item: OBS_GENERAL_COND
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 12:[Condiciones generales de la unidad])

Jump-To: JMP_PHARMACY
Description:
Jump-To-Item: OBS_PHARMACY
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 10:[Farmacia])

Collection: COMMENTS
Contains: COMMENT_CHECKLIST

Question: COMMENT_CHECKLIST



284. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Jump-To: JMP_END_1
Description:
Jump-To-Item: End and Submit
Jump-If: (SELECTION_AREA = 13:[Al final de la encuesta]) and (SURVEY_SUBMIT = 1:[Sí])

Jump-To: JUMP_SELECTION_2
Description:
Jump-To-Item: SELECTION_AREA

Usted ha llegado al final de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat