



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: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR_OBSTETRIC

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT, DEPT_ID, MUNICIP_ID, FACILITY_ID

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

Question: MRR_DATE
Required



1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required



2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2



3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

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



4. Tipo de unidad médica

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

Question: DEPT_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	Ahuachapán	
1	Cabañas	
5	Cuscatlán	
4	La Libertad	
8	La Paz	
3	La Unión	

2 Morazán
6 San Vicente
995 Otro



5. Identificación del Departamento de esta unidad médica:

- ☐ Ahuachapan
☐ Cabañas
☐ Cuscatlán
☐ La Libertad
☐ La Paz
☐ La Unión
☐ Morazán
☐ San Vicente
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Question: MUNICIPI_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:{Cuscatlán})
2	El Sauce	(DEPT_ID = 3:{La Unión})
12	Ilobasco	(DEPT_ID = 1:{Cabañas})
14	La Libertad	(DEPT_ID = 4:{La Libertad})
5	Monte San Juan	(DEPT_ID = 5:{Cuscatlán})
10	San Antonio Masahuat	(DEPT_ID = 8:{La Paz})
4	San Cristóbal	(DEPT_ID = 5:{Cuscatlán})
8	San Esteban Catarina	(DEPT_ID = 6:{San Vicente})
21	San Francisco Gotera	(DEPT_ID = 2:{Morazán})
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 Unión})
0	Sensuntepeque	(DEPT_ID = 1:{Cabañas})
1	Sociedad	(DEPT_ID = 2:{Morazán})
11	Tacuba	(DEPT_ID = 7:{Ahuachapan})
20	Tecolulca	(DEPT_ID = 6:{San Vicente})
15	Tejutepeque	(DEPT_ID = 1:{Cabañas})
18	Zacatecoluca	(DEPT_ID = 8:{La Paz})
995	Otro	



6. Identificación del Municipio de esta unidad médica:

- ☐ Ahuachapan
☐ Apastepeque
☐ Chiltiupan
☐ Cojutepeque
☐ El Sauce
☐ Ilobasco
☐ La Libertad
☐ Monte San Juan
☐ San Antonio Masahuat
☐ San Cristóbal
☐ 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)

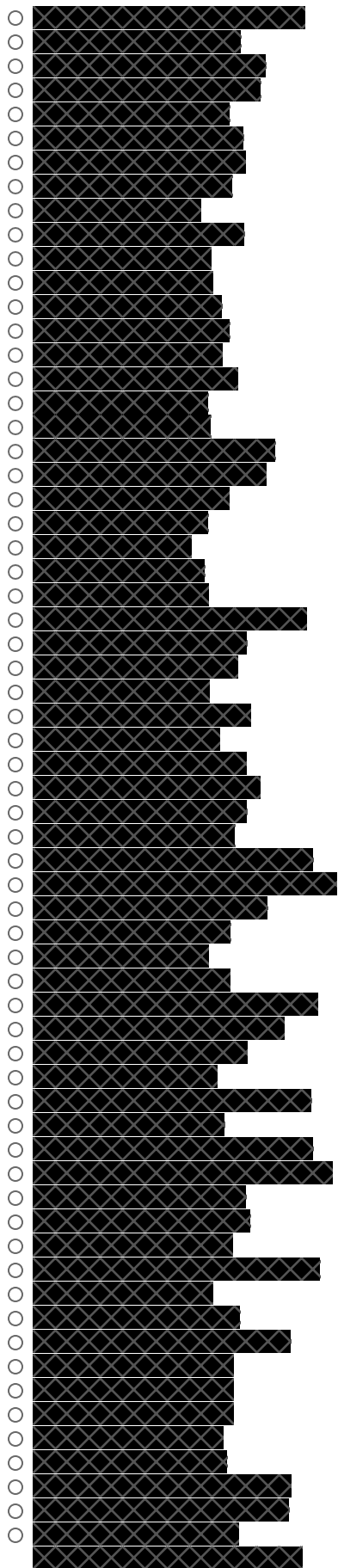
Question: FACILITY_ID
Required

Scale Summary		Show-If
Code	Label	



7. Identificación de la Unidad:

- Ecos Especializado Ilobasco



http://localhost:13124/Previewer/Survey.ashx?_x=localhost-internal-SLV_MRR_COMPL... 5/22/2018

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En esta unidad de salud	
2	En otra unidad de salud	
3	En la casa	
4	Camino a esta unidad de salud	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

11. ¿Dónde ocurrió este nacimiento?

- ☐ En esta unidad de salud
☐ En otra unidad de salud
☐ En la casa
☐ Camino a esta unidad de salud
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de nacimiento fue . Por favor revisa expedientes con fechas de nacimiento entre 01/08/2015 - 31/07/2017.

Jump-To: JMP2

Description:

Jump-To-Item: END

Jump-If: ((DATE_ELEGIBILITY_2015 = 0) and (DATE_ELEGIBILITY_2017 = 1)) or ((DATE_ELEGIBILITY_2017 = 0) and (DATE_ELEGIBILITY_2015 = 1))

Revise la Hoja de Registro de Admisión y Egreso Hospitalario y anote que códigos de egreso y diagnóstico se incluyen

Custom Layout Question: NEO_ICD_CODE

12.

Código CIE-10 (por ejemplo: W55.2 o S10.87) Diagnóstico de egreso

Código CIE-10 principal . o ☐ No registrado o ☐ No registrado
 Código CIE-10 segundo . o ☐ No registrado o ☐ No registrado
 Código CIE-10 tercero . o ☐ No registrado o ☐ No registrado
 Código CIE-10 cuarto . o ☐ No registrado o ☐ No registrado
 Código CIE-10 quinto . o ☐ No registrado o ☐ No registrado

Question: MRR_SELECTION

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Muestra predeterminada por IHME	
2	Muestra electrónica en el establecimiento de salud	
3	Muestra por mano en el establecimiento de salud	
995	Otro:	

13. Método para elegir expediente:

- ☐ Muestra predeterminada por IHME
☐ Muestra electrónica en el establecimiento de salud
☐ Muestra por mano en el establecimiento de salud
☐ Otro:

Question: MRR_NEO_COMP

Minimum checks: 1

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

- ☐ Sepsis
☐ Bajo peso al nacer
☐ Asfixia al nacimiento
☐ Prematurez
☐ Ninguna

Jump-To: JMP3

Description:

Jump-To-Item: NO_COMPL

Jump-If: (MRR_NEO_COMP is-any-of)

Collection: MRR_NEO_GEN

Contains: MRR_AGE_BABY, MRR_AGE_MOM, MRR_MOM_LITERACY, MRR_MOM_EDU, MRR_MOM_MAR_STAT, MRR_MOM_ETHNICITY, WOM_DEPT_ID, WOM_MUNICIP_ID

Question: MRR_AGE_BABY

Required

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

**15. Edad del niño**

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

Question: MRR_AGE_MOM**Required**

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

**16. Edad de la madre**

- ☐ Edad:
- ☐ No registrado

Question: MRR_MOM_LITERACY**Required**

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

**17. Lee y escribe (madre)**

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_MOM_EDU**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria (1 a 6to grado)	
3	Secundaria (7mo a 9no grado)	
4	Preparatoria / Bachillerato	
5	Universidad	
6	Técnico	
-1	No registrado	

**18. Educación de la madre**

- ☐ Ninguna
- ☐ Primaria (1 a 6to grado)
- ☐ Secundaria (7mo a 9no grado)
- ☐ Preparatoria / Bachillerato
- ☐ Universidad
- ☐ Técnico
- ☐ No registrado

Question: MRR_MOM_MAR_STAT**Required**

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

**19. Estado civil de la madre**

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Union estable

- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Acompañada
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: MRR_MOM_ETHNICITY**Required**

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

**20. Etnia:**

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

Question: WOM_DEPT_ID**Required**

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

**21. ¿Cual es el departamento de procedencia de la usuaria?**

- ☐ Ahuachapan
- ☐ Cabañas
- ☐ Cuscatlán
- ☐ La Libertad
- ☐ La Paz
- ☐ La Unión
- ☐ Morazán
- ☐ San Vicente
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Question: WOM_MUNICIP_ID**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	
6	Apastepeque	
3	Chiltiupan	
17	Cojutepeque	
2	El Sauce	
12	Ilobasco	
14	La Libertad	
5	Monte San Juan	
10	San Antonio Masahuat	
4	San Cristóbal	
8	San Esteban Catarina	
21	San Francisco Gotera	
7	San Ildefonso	
16	San Vicente	
9	Santa Maria Ostuma	
23	Santa Rosa de Lima	
0	Sensuntepeque	
1	Sociedad	
11	Tacuba	
20	Tecolulca	
15	Tejutepeque	
18	Zacatecoluca	
995	Otro	

22. ¿Cual es el municipio de procedencia de la usuaria?

- ☐ Ahuachapan
☐ Apastepeque
☐ Chiltiupan
☐ Cojutepeque
☐ El Sauce
☐ Ilobasco
☐ La Libertad
☐ Monte San Juan
☐ San Antonio Masahuat
☐ San Cristóbal
☐ 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)

Collection: GEN_COMPL_INFO

Contains: NEO_ADM_REFFROM, NEO_REF_ACCOMFROM, NEO_REF_DATEFROM, NEO_REF_TIMEFROM, NEO_REF_TYPEFROM, NEO_REF_MUNICIPFROM, NEO_REF_NAMEFROM, NEO_REF_WEIGHTFROM, NEO_ADM_DATES, NEO_ADM_TIMES, NEO_IDENTIFY_DATE, NEO_IDENTIFY_TIME, NEO_ADM_MOM_BIRTH, NEO_GESTAGES, NEO_GENDERS, NEO_MOMCOMPLS, NEO_MOMCOMPLS_PRE

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of)

Question: NEO_ADM_REFFROM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

23. ¿Fue el bebe referido/traslado a esta unidad desde otra unidad de salud?

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_REF_ACCOMFROM

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	

24. ¿El bebé fue acompañado por un trabajador de la unidad de salud?

- ☐ Si, por un médico
☐ Si, por una enfermera
☐ Si, por un otro trabajador:
☐ No
☐ No registrado

Question: NEO_REF_DATEFROM

Required

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


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

25. Fecha de referido/traslado desde otra unidad de salud:

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

Question: NEO_REF_TIMEFROM**Required****Show if:** (NEO_ADM_REFFROM = 1:[Si])


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

 26. Hora de referido/traslado desde otra unidad de salud:

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: NEO_REF_TYPEFROM**Required****Show if:** (NEO_ADM_REFFROM = 1:[Si])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
2	ECOS Especializado	
4	Hospital	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 27. Tipo de unidad de salud desde la que fue referido/traslado el bebé:

- ☐ ECOS Familiar (intermedia o básica)
☐ ECOS Especializado
☐ Hospital
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: NEO_REF_MUNICIPFROM**Required****Show if:** (NEO_ADM_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	
6	Apastepeque	
3	Chiltiupan	
17	Cojutepeque	
2	El Sauce	
12	Ilobasco	
14	La Libertad	
5	Monte San Juan	
10	San Antonio Masahuat	
4	San Cristóbal	
8	San Esteban Catarina	
21	San Francisco Gotera	
7	San Ildefonso	
16	San Vicente	
9	Santa Maria Ostuma	
23	Santa Rosa de Lima	
0	Sensuntepeque	
1	Sociedad	
11	Tacuba	
20	Tecolulca	
15	Tejutepeque	
18	Zacatecoluca	
995	Otro	
-1	No registrado	

 28. ¿Desde cual municipio fue la unidad?


- ☐ Ahuachapan
☐ Apastepeque
☐ Chiltiupan
☐ Cojutepeque
☐ El Sauce
☐ Ilobasco
☐ La Libertad
☐ Monte San Juan
☐ San Antonio Masahuat
☐ San Cristóbal
☐ 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)
- ☐ No registrado

Question: NEO_REF_NAMEFROM

Required


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

 29. ¿Desde cual unidad fue el bebé referida/traslado?

Question: NEO_REF_WEIGHTFROM

Minimum checks: 1

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


 30. Indique si el peso fue registrado para el bebé en el momento antes de referido/traslado (por ejemplo: 2600 gramos)

- ☐ Peso (en gramos):
- ☐ Peso (en kilogramos):
- ☐ Peso (en libras):
- ☐ Peso (en oz):
- ☐ No registrado

Question: NEO_ADM_DATES

Required

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

 31. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebé:


Fecha de admisión

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

Question: NEO_ADM_TIMES

Required

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

 32. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebé:


Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_IDENTIFY_DATE

Required

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


 33. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:

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

Question: NEO_IDENTIFY_TIME

Required

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

 34. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_ADM_MOM_BIRTH

Required

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

35. ¿El ingreso de la madre para el parto del neonato fue en el periodo expulsivo?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: NEO_GESTAGES**Required**

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

36. Edad gestacional del bebé

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: NEO_GENDERS**Required**

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

37. Sexo del bebé

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No registrado

Question: NEO_MOMCOMPLS**Minimum checks: 1**

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

- ☐ Pre eclampsia
- ☐ Eclampsia
- ☐ Sepsis
- ☐ Hemorragia
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones
- ☐ No registrado

Question: NEO_MOMCOMPLS_PRE**Required**

Show if: (NEO_MOMCOMPLS is-any-of)

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

39. ¿La madre tuvo pre-eclampsia severa?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

Collection: NEO_SEPSIS**Contains: NEO_SEP**

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of)

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

Contains: NEO_SEP_CONSULT, NEO_SEP_CON_EVER, NEO_SEP_SPECIAL_EVER, NEO_SEP_SPECIAL_TYPE, NEO_SEP_CONSULT_DATE, NEO_SEP_CONSULT_TIME, NEO_SEP_CONSULT_SPECIAL_DATE, NEO_SEP_CONSULT_SPECIAL_TIME, NEO_SEP_MEDICATIONS_, NEO_SEP_TONE, NEO_SEP_OTHER_COMP

Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: NEO_SEP_CHECK1

40.

Registrado Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Presión arterial (PA)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: NEO_SEP_CHECK2

41.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frialdad distal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

Custom Layout Question: NEO_SEP_LAB

42.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Leucocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 ^ 3 litro		
Proteína C reactiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL o +/-		
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mm/h		
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		%		
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina (Hgb o Hb)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematócrito (Hto o Hct)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación banda neutrófilos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación absoluta de neutrofilos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morfología de neutrófilos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL		
Biometría hemática	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Velocidad de sedimentación globular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_SEP_CONSULT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	

0	No	
-1	No registrado	

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

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: NEO_SEP_CON_EVER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_SEP_SPECIAL_EVER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

45. ¿Fue revisado el bebé por un especialista alguna vez?

- ☐ Sí, marcado por una notación ME en la firma
- ☐ Sí, marcado con un sello
- ☐ Sí, marcado con otro método (especificar):
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: NEO_SEP_SPECIAL_TYPE

Required

Show if: (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Pediatra	
2	Obstetra	
3	Ginecólogo	
4	Gineco-obstetra	
5	Cirujano	
6	Neonatólogo	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

46. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebé?

- ☐ Pediatra
- ☐ Obstetra
- ☐ Ginecólogo
- ☐ Gineco-obstetra
- ☐ Cirujano
- ☐ Neonatólogo
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: NEO_SEP_CONSULT_DATE

Required

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

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

47. Fecha de primera evaluación por un médico

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

Question: NEO_SEP_CONSULT_TIME

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Hora:	
-1	No registrado	

48. Hora de primera evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_SEP_CONSULT_SPECIAL_DATE**Required****Show if:** (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

49. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: NEO_SEP_CONSULT_SPECIAL_TIME**Required****Show if:** (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

50. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos y sus dosis, así como la fecha y hora de la **primera administración para cada una**

Custom Layout Question: NEO_SEP_MED1

51.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sulbactam	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Piperacilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penicilina cristalina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tazobactam	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_SEP_MEDICATIONS_

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: NEO_SEP_TONE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado:	
0	No registrado	

53. Registro de la evaluación del tono muscular:

- ☐ Registrado:
- ☐ No registrado

Question Block: NEO_SEP_OTHER_COMP

Contains: NEO_SEP_OTHER_COMP_MULT, NEO_SEP_OTHER_COMP_HEMO, NEO_SEP_OTHER_COMP_SHOCK, NEO_SEP_OTHER_COMP_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

54. ¿Que otras complicaciones tuvo el bebé (excluyendo sepsis, asfisia, bajo peso al nacer, y prematurez)?

	Sí	No
Falla multi-organica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falla hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choque séptico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: NEO_LBW

Contains: NEO_LBW

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of)

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

Collection: NEO_LBW

Contains: NEO_LBW_GEST_METHOD, NEO_LBW_CLASSIFICATION, NEO_LBW_GLY_TYPE, NEO_LBW_CONSULT, NEO_LBW_CON_EVER, NEO_LBW_SPECIAL_EVER, NEO_LBW_SPECIAL_TYPE, NEO_LBW_CONSULT_DATE, NEO_LBW_CONSULT_TIME, NEO_LBW_CONSULT_SPECIAL_DATE, NEO_LBW_CONSULT_SPECIAL_TIME, NEO_LBW_PROC_OXY, NEO_LBW_PROC_HEAT, NEO_LBW_PROC_OTHER, NEO_LBW_PROC_OXYOTH_SPEC, NEO_LBW_PROC_HTOH_SPEC, NEO_LBW_PROC_OTHOTH_SPEC, NEO_LBW_BABYFOOD, NEO_LBW_MEDICATIONS, NEO_LBW_TONE, NEO_LBW_OTHER_COMP

Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

Question Block: NEO_LBW_GEST_METHOD

Contains: NEO_LBW_GEST_METHOD_1, NEO_LBW_GEST_METHOD_2, NEO_LBW_GEST_METHOD_3, NEO_LBW_GEST_METHOD_4, NEO_LBW_GEST_METHOD_5, NEO_LBW_GEST_METHOD_995

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
-1	No registrado	

55. Añote el método(s) usado para determinar la edad gestacional

	Sí	No registrado
FUM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Test de Ballard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perímetro cefálico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Test de Capurro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: NEO_LBW_CLASSIFICATION

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Peso bajo (RN PBN)	
2	Peso muy bajo (RN PMBN)	
3	Peso extremadamente bajo (RN PEBN)	
995	Otro	
-1	No registrado	

56. Clasificación del recién nacido de acuerdo al peso

- ☐ Peso bajo (RN PBN)
☐ Peso muy bajo (RN PMBN)
☐ Peso extremadamente bajo (RN PEBN)
☐ Otro
☐ No registrado

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: NEO_LBW_CHECK1

57.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial (PA)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> ° C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a 1 minuto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a los 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: NEO_LBW_CHECK2

58.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

Custom Layout Question: NEO_LBW_LAB1

59.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro (especificar)

**Question:** NEO_LBW_GLY_TYPE**Required****Show if:** (NEO_LBW_LAB_REG_GLY = 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Tira reactiva	
2	Examen sanguíneo	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



60. ¿Qué tipo de prueba se utilizó para glicemia?

- ☐ Tira reactiva
- ☐ Examen sanguíneo
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_CONSULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_LBW_CON_EVER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_LBW_SPECIAL_EVER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, marcado por una notación ME en la firma	
2	Si, marcado con un sello	
995	Si, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	



63. ¿Fue revisado el bebé por un especialista alguna vez?

- ☐ Sí, marcado por una notación ME en la firma
- ☐ Sí, marcado con un sello
- ☐ Sí, marcado con otro método (especificar):
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: NEO_LBW_SPECIAL_TYPE**Required****Show if:** (NEO_LBW_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_LBW_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_LBW_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Pediatra	
2	Obstetra	
3	Ginecólogo	
5	Cirujano	
4	Gineco-obstetra	
6	Neonatólogo	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



64. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebé?

- ☐ Pediatra
- ☐ Obstetra
- ☐ Ginecólogo
- ☐ Cirujano

☐ Gineco-obstetra

☐ Neonatólogo

☐ Otro (especificar):


☐ No registrado

Question: NEO_LBW_CONSULT_DATE

Required

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

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

 65. Fecha de primera evaluación por un médico

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)


☐ No registrado

Question: NEO_LBW_CONSULT_TIME

Required

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

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

 66. Hora de primera evaluación por un médico

☐ Hora: (HH:MM)


☐ No registrado

Question: NEO_LBW_CONSULT_SPECIAL_DATE

Required

Show if: (NEO_LBW_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_LBW_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_LBW_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

 67. Fecha de primera evaluación por la especialista

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

Question: NEO_LBW_CONSULT_SPECIAL_TIME

Required

Show if: (NEO_LBW_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_LBW_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_LBW_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

 68. Hora de primera evaluación por la especialista

☐ Hora: (HH:MM)


☐ No registrado

Question Block: NEO_LBW_PROC_OXY

Contains: NEO_LBW_PROC_OXY_AMBU, NEO_LBW_PROC_OXY_POSVENT, NEO_LBW_PROC_OXY_VENTMEC, NEO_LBW_PROC_OXY_BOLSA, NEO_LBW_PROC_OXY_100, NEO_LBW_PROC_OXY_MASKOXY, NEO_LBW_PROC_OXY_MASK, NEO_LBW_PROC_OXY_MASKRES, NEO_LBW_PROC_OXY_CAMP, NEO_LBW_PROC_OXY_HELMET, NEO_LBW_PROC_OXY_CAMPCEF, NEO_LBW_PROC_OXY_CYL, NEO_LBW_PROC_OXY_CYLCAP, NEO_LBW_PROC_OXY_CPAP, NEO_LBW_PROC_OXY_BIG, NEO_LBW_PROC_OXY_NASAL, NEO_LBW_PROC_OXY_CATH, NEO_LBW_PROC_OXY_CANULA, NEO_LBW_PROC_OXY_VENT, NEO_LBW_PROC_OXY_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 69. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aplicación de oxígeno:		
Ambu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilación con presión positiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilación mecánica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bolsa de reanimación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno al 100%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máscara de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mascarilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mascarilla con reservorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Campana de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casco cefálica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Campana de cefálica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno de cilindro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno de cilindro con tapa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno CPAP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigotera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntas nasales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntas o cateter para oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cánula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de venturi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO_LBW_PROC_HEAT

Contains: NEO_LBW_PROC_HEAT_INC, NEO_LBW_PROC_HEAT_WRAP, NEO_LBW_PROC_HEAT_LAMP, NEO_LBW_PROC_HEAT_KANG, NEO_LBW_PROC_HEAT_PLASTIC, NEO_LBW_PROC_HEAT_BACIN, NEO_LBW_PROC_HEAT_SERVO, NEO_LBW_PROC_HEAT_SERVOCUNA, NEO_LBW_PROC_HEAT_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



70. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aplicación de calor:		
Incubadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envuelto en manta o toalla o sabanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lámpara de calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madre canguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolsa plástica transparente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bacnete con calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servocuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de aplicación del calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO_LBW_PROC_OTHER

Contains: NEO_LBW_PROC_OTH_SEC, NEO_LBW_PROC_OTH_INTUB, NEO_LBW_PROC_OTH_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

71. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:



(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Otro:		
Succión de secreciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intubación endotraqueal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: NEO_LBW_PROC_OXYOTH_SPEC**Required****Show if:** (NEO_LBW_PROC_OXY_OTH = 1:[Sí])

72. ¿De que otra manera se aplicó el oxígeno?

Question: NEO_LBW_PROC_HTOTH_SPEC**Required****Show if:** (NEO_LBW_PROC_HEAT_OTH = 1:[Sí])

73. ¿De que otra manera se aplicó el calor?

Question: NEO_LBW_PROC_OTHOTH_SPEC**Required****Show if:** (NEO_LBW_PROC_OTH_OTH = 1:[Sí])

74. ¿Que otro procedimiento se realizó?

Question Block: NEO_LBW_BABYFOOD**Contains:** NEO_LBW_BABYFOOD_BF, NEO_LBW_BABYFOOD_GLUCOSEIV, NEO_LBW_BABYFOOD_IV, NEO_LBW_BABYFOOD_ORAL, NEO_LBW_BABYFOOD_FORMULA, NEO_LBW_BABYFOOD_OTH**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



75. Anote cómo fue alimentado el bebé:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Alimentación al seno materno / lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suero glucosado IV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentación intravenosa (Otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suero glucosado oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos y sus dosis, así como la fecha y hora de la **primera administración para cada una**

Custom Layout Question: NEO_LBW_MED1

76.

Administrado Dosis

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Ampicilina

☐

Amikacina

☐

Sulbactam

☐

Piperacilina

☐

Clindamicina

☐

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Penicilina cristalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tazobactam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fenobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Levetiracetam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lidocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pentotal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tiobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Custom Layout Question: NEO_LBW_MED2

77. Administrado Dosis Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Difenilhidantoina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro anticonvulsivo (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Question: NEO_LBW_MEDICATIONS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

☐ Sí

☐ No

Question: NEO_LBW_TONE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado:	
0	No registrado	

79. Registro de la evaluación del tono muscular:

☐ Registrado:


☐ No registrado

Question Block: NEO_LBW_OTHER_COMP**Contains:** NEO_LBW_OTHER_COMP_PNEU, NEO_LBW_OTHER_COMP_RESP, NEO_LBW_OTHER_COMP_DIA, NEO_LBW_OTHER_COMP_CONV,

NEO_LBW_OTHER_COMP_HIPO, NEO_LBW_OTHER_COMP_NEURO, NEO_LBW_OTHER_COMP_OTH, NEO_LBW_OTHER_COMP_NONE

Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 80. ¿Que otras complicaciones tuvo el bebé (excluyendo sepsis, asfixia, bajo peso al nacer, y prematuridad)?

	Sí	No
Neumonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipoglicemias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complicaciones neurologicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ninguna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: NEO_PRE**Contains:** NEO_PRE_**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of)**Anote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.****Collection:** NEO_PRE_**Contains:** NEO_PRE_GEST_METHOD, NEO_PRE_CLASSIFICATION, NEO_PRE_GLY_TYPE, NEO_PRE_CONSULT, NEO_PRE_CON_EVER, NEO_PRE_SPECIAL_EVER, NEO_PRE_SPECIAL_TYPE, NEO_PRE_CONSULT_DATE, NEO_PRE_CONSULT_TIME, NEO_PRE_CONSULT_SPECIAL_DATE, NEO_PRE_CONSULT_SPECIAL_TIME, NEO_PRE_PROC_OXY, NEO_PRE_PROC_HEAT, NEO_PRE_PROC_OTHER, NEO_PRE_PROC_OXYOTH_SPEC, NEO_PRE_PROC_HTOTH_SPEC, NEO_PRE_PROC_OTHOTH_SPEC, NEO_PRE_BABYFOOD, NEO_PRE_MEDICATIONS, NEO_PRE_TONE, NEO_PRE_OTHER_COMP**Show if:** (FACILITY_TYPE = 4)**Question Block:** NEO_PRE_GEST_METHOD**Contains:** NEO_PRE_GEST_METHOD_1, NEO_PRE_GEST_METHOD_2, NEO_PRE_GEST_METHOD_3, NEO_PRE_GEST_METHOD_4, NEO_PRE_GEST_METHOD_5, NEO_PRE_GEST_METHOD_995**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
-1	No registrado	

 81. Anote el método(s) usado para determinar la edad gestacional

	Sí	No registrado
FUM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Test de Ballard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perímetro cefálico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Test de Capurro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: NEO_PRE_CLASSIFICATION**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Pequeño	
2	Grande	
3	Adecuado para EG	
995	Otro	
-1	No registrado	

 82. Clasificación del recién nacido de acuerdo a edad gestacional

- ☐ Pequeño
- ☐ Grande
- ☐ Adecuado para EG
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la

fecha y hora de la **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: NEO_PRE_CHECK1

83.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial (PA)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="checkbox"/>	por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="checkbox"/>	°C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a 1 minuto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a los 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: NEO_PRE_CHECK2

84.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

Custom Layout Question: NEO_PRE_LAB1

85.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/>	mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_PRE_GLY_TYPE

Required

Show if: (NEO_PRE_LAB_REG_GLY = 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Tira reactiva	
2	Examen sanguíneo	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	


86. ¿Qué tipo de prueba se utilizó para glicemia?

- ☐ Tira reactiva
☐ Examen sanguíneo
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Question: NEO_PRE_CONSULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	


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

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_PRE_CON_EVER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	


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

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_PRE_SPECIAL_EVER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

 89. ¿Fue revisado el bebé por un especialista alguna vez?


- ☐ Sí, marcado por una notación ME en la firma
☐ Sí, marcado con un sello
☐ Sí, marcado con otro método (especificar):
☐ No
☐ No registrado

Question: NEO_PRE_SPECIAL_TYPE

Required

Show if: (NEO_PRE_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_PRE_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_PRE_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Pediatra	
2	Obstetra	
3	Ginecólogo	
4	Gineco-obstetra	
5	Cirujano	
6	Neonatólogo	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 90. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebé?

- ☐ Pediatra
☐ Obstetra
☐ Ginecólogo
☐ Gineco-obstetra
☐ Cirujano
☐ Neonatólogo
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Question: NEO_PRE_CONSULT_DATE

Required

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

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

91. Fecha de primera evaluación por un médico



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

Question: NEO_PRE_CONSULT_TIME

Required

Show if: (NEO_PRE_CON_EVER = 1:[Sí])

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



92. Hora de primera evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_PRE_CONSULT_SPECIAL_DATE

Required

Show if: (NEO_PRE_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_PRE_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_PRE_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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



93. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: NEO_PRE_CONSULT_SPECIAL_TIME

Required

Show if: (NEO_PRE_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_PRE_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_PRE_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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



94. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question Block: NEO_PRE_PROC_OXY

Contains: NEO_PRE_PROC_OXY_AMBU, NEO_PRE_PROC_OXY_POSVENT, NEO_PRE_PROC_OXY_VENTMEC, NEO_PRE_PROC_OXY_BOLSA, NEO_PRE_PROC_OXY_100, NEO_PRE_PROC_OXY_MASKOXY, NEO_PRE_PROC_OXY_MASK, NEO_PRE_PROC_OXY_MASKRES, NEO_PRE_PROC_OXY_CAMP, NEO_PRE_PROC_OXY_HELMET, NEO_PRE_PROC_OXY_CAMPCEF, NEO_PRE_PROC_OXY_CYL, NEO_PRE_PROC_OXY_CYLCAP, NEO_PRE_PROC_OXY_CPAP, NEO_PRE_PROC_OXY_BIG, NEO_PRE_PROC_OXY_NASAL, NEO_PRE_PROC_OXY_CATH, NEO_PRE_PROC_OXY_CANULA, NEO_PRE_PROC_OXY_VENT, NEO_PRE_PROC_OXY_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



95. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aplicación de oxígeno:		
Ambu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilación con presión positiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilación mecánica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolsa de reanimación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno al 100%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máscara de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mascarilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mascarilla con reservorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Campana de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casco cefálica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Campana de cefálica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno de cilindro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno de cilindro con tapa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno CPAP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigotera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntas nasales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntas o cateter para oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cánula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de venturi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO_PRE_PROC_HEAT

Contains: NEO_PRE_PROC_HEAT_INC, NEO_PRE_PROC_HEAT_WRAP, NEO_PRE_PROC_HEAT_LAMP, NEO_PRE_PROC_HEAT_KANG, NEO_PRE_PROC_HEAT_PLASTIC, NEO_PRE_PROC_HEAT_BACIN, NEO_PRE_PROC_HEAT_SERVO, NEO_PRE_PROC_HEAT_SERVOCUNA, NEO_PRE_PROC_HEAT_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 96. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)


	Sí	No
Aplicación de calor:		
Incubadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envuelto en manta o toalla o sabanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lámpara de calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madre canguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolsa plástica transparente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bacinete con calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servocuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de aplicación del calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO_PRE_PROC_OTHER

Contains: NEO_PRE_PROC_OTH_SEC, NEO_PRE_PROC_OTH_INTUB, NEO_PRE_PROC_OTH_OTH

Required




Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 97. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:


(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Otro:		
Succión de secreciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intubación endotraqueal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: NEO_PRE_PROC_OXYOTH_SPEC

Required**Show if:** (NEO_PRE_PROC_OXY_OTH = 1:[Sí]) 98. ¿De que otra manera se aplicó el oxígeno?**Question:** NEO_PRE_PROC_HTOTH_SPEC**Required****Show if:** (NEO_PRE_PROC_HEAT_OTH = 1:[Sí]) 99. ¿De que otra manera se aplicó el calor?**Question:** NEO_PRE_PROC_OTHOTH_SPEC**Required****Show if:** (NEO_PRE_PROC_OTH_OTH = 1:[Sí]) 100. ¿Que otro procedimiento se realizó?**Question Block:** NEO_PRE_BABYFOOD**Contains:** NEO_PRE_BABYFOOD_BF, NEO_PRE_BABYFOOD_GLUCOSEIV, NEO_PRE_BABYFOOD_IV, NEO_PRE_BABYFOOD_ORAL, NEO_PRE_BABYFOOD_FORMULA, NEO_PRE_BABYFOOD_OTH**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 101. Anote cómo fue alimentado el bebé:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Alimentación al seno materno / lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suero glucosado IV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentación intravenosa (Otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suero glucosado oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos y sus dosis, así como la fecha y hora de la **primera administración para cada una**

Custom Layout Question: NEO_PRE_MED1 102.

Administrado Dosis

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Ampicilina

☐ ☐

Amikacina

☐ ☐

Sulbactam

☐ ☐

Piperacilina

☐ ☐

Clindamicina

☐ ☐

Gentamicina

☐ ☐

Metronidazol

☐ ☐

Penicilina

☐ ☐

Penicilina cristalina

☐ ☐

Tazobactam

☐ ☐

Sobres/Paquetes de Sales de Rehidratación Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fenobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Levetiracetam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lidocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pentotal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: NEO_PRE_MED2

103.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Difenilhidantoina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro anticonvulsivo (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_PRE_MEDICATIONS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

☐ Sí

☐ No

Question: NEO_PRE_TONE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado:	
0	No registrado	

105. Registro de la evaluación del tono muscular:

☐ Registrado:

☐ No registrado

Question Block: NEO_PRE_OTHER_COMP

Contains: NEO_PRE_OTHER_COMP_PNEU, NEO_PRE_OTHER_COMP_RESP, NEO_PRE_OTHER_COMP_DIA, NEO_PRE_OTHER_COMP_CONV, NEO_PRE_OTHER_COMP_HIPO, NEO_PRE_OTHER_COMP_NEURO, NEO_PRE_OTHER_COMP_OTH, NEO_PRE_OTHER_COMP_NONE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

106. ¿Que otras complicaciones tuvo el bebé (excluyendo sepsis, asfixia, bajo peso al nacer, y prematuridad)?

	Sí	No
Neumonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dificultad respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipoglicemias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complicaciones neurológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ninguna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: NEO_ASP_
Contains: NEO_ASP_
Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of)

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

Collection: NEO_ASP_
Contains: NEO_ASP_CONSULT, NEO_ASP_CON_EVER, NEO_ASP_SPECIAL_EVER, NEO_ASP_SPECIAL_TYPE, NEO_ASP_CONSULT_DATE, NEO_ASP_CONSULT_TIME, NEO_ASP_CONSULT_SPECIAL_DATE, NEO_ASP_CONSULT_SPECIAL_TIME, NEO_ASP_COND, NEO_ASP_SECADO, NEO_ASP_STIM, NEO_ASP_RADIOGRAPHY, NEO_ASP_PROC_OXY, NEO_ASP_PROC_HEAT, NEO_ASP_PROC_OTHER, NEO_ASP_PROC_OXYOTH_SPEC, NEO_ASP_PROC_HTOOTH_SPEC, NEO_ASP_PROC_OTHOTH_SPEC, NEO_ASP_MEDICATIONS, NEO_ASP_TONE
Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: NEO_ASP_CHECK1

107.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial (PA)	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="text"/>	por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="text"/>	por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="text"/>	°C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a 1 minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a los 5 minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por **primera revisión para cada una**

Custom Layout Question: NEO_ASP_CHECK2

108.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**


Custom Layout Question: NEO_ASP_LAB1

109.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno (SO2)	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leucocitos	<input type="text"/>	x10 ³ /litro	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x 10 ^3/litro		
Hemoglobina (Hgb o Hb)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		g/dL		
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conteo sanguíneo completo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL o +/-		
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mm/h		
Cultivo de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

Question: NEO_ASP_CONSULT**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_ASP_CON_EVER**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_ASP_SPECIAL_EVER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

 112. ¿Fue revisado el bebé por un especialista alguna vez?

- ☐ Sí, marcado por una notación ME en la firma
☐ Sí, marcado con un sello
☐ Sí, marcado con otro método (especificar):
☐ No
☐ No registrado

Question: NEO_ASP_SPECIAL_TYPE**Required**

Show if: (NEO_ASP_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_ASP_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_ASP_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Pediatra	
2	Obstetra	
3	Ginecólogo	
4	Gineco-obstetra	
5	Cirujano	
6	Neonatólogo	

995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

113. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebé?

- ☐ Pediatra
- ☐ Obstetra
- ☐ Ginecólogo
- ☐ Gíneco-obstetra
- ☐ Cirujano
- ☐ Neonatólogo
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_CONSULT_DATE

Required

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

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

114. Fecha de primera evaluación por un médico

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

Question: NEO_ASP_CONSULT_TIME

Required

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

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

115. Hora de primera evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_CONSULT_SPECIAL_DATE

Required

Show if: (NEO_ASP_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_ASP_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_ASP_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

116. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: NEO_ASP_CONSULT_SPECIAL_TIME

Required

Show if: (NEO_ASP_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_ASP_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (NEO_ASP_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

117. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question Block: NEO_ASP_COND

Contains: NEO_ASP_COND_AMINIO, NEO_ASP_COND_HIPO, NEO_ASP_COND_NORESP, NEO_ASP_COND_CRY

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	


118. Anote el condición del bebé

	Sí	No
Liquido amniótico meconial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipotónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No respira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No llora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: NEO_ASP_SECADO**Required**


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

 119. Anote si el bebé fue secado

- ☐ Si
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_STIM**Required**


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

 120. Anote si el bebé fue estimulado

- ☐ Si
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_RADIOGRAPHY**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 121. Anote si se tomó una radiografía de tórax


- ☐ Si
- ☐ No

Question Block: NEO_ASP_PROC_OXY

Contains: NEO_ASP_PROC_OXY_AMBU, NEO_ASP_PROC_OXY_POSVENT, NEO_ASP_PROC_OXY_VENTMEC, NEO_ASP_PROC_OXY_BOLSA, NEO_ASP_PROC_OXY_100, NEO_ASP_PROC_OXY_MASKOXY, NEO_ASP_PROC_OXY_MASK, NEO_ASP_PROC_OXY_MASKRES, NEO_ASP_PROC_OXY_CAMP, NEO_ASP_PROC_OXY_HELMET, NEO_ASP_PROC_OXY_CAMPCEF, NEO_ASP_PROC_OXY_CYL, NEO_ASP_PROC_OXY_CYLCAP, NEO_ASP_PROC_OXY_CPAP, NEO_ASP_PROC_OXY_BIG, NEO_ASP_PROC_OXY_NASAL, NEO_ASP_PROC_OXY_CATH, NEO_ASP_PROC_OXY_CANULA, NEO_ASP_PROC_OXY_VENT, NEO_ASP_PROC_OXY_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 122. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aplicación de oxígeno:		
Ambu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilación con presión positiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilación mecánica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolsa de reanimación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno al 100%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máscara de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mascarilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mascarilla con reservorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Campana de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casco cefálica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Campana de cefálica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oxígeno de cilindro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno de cilindro con tapa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno CPAP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigotera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntas nasales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntas de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cánula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de venturi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO_ASP_PROC_HEAT

Contains: NEO_ASP_PROC_HEAT_INC, NEO_ASP_PROC_HEAT_WRAP, NEO_ASP_PROC_HEAT_LAMP, NEO_ASP_PROC_HEAT_KANG, NEO_ASP_PROC_HEAT_PLASTIC, NEO_ASP_PROC_HEAT_BACIN, NEO_ASP_PROC_HEAT_SERVO, NEO_ASP_PROC_HEAT_SERVOCUNA, NEO_ASP_PROC_HEAT_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

123. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aplicación de calor:		
Incubadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envuelto en manta o toalla o sabanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lámpara de calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madre canguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolsa plástica transparente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bacinete con calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servocuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de aplicación del calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO_ASP_PROC_OTHER

Contains: NEO_ASP_PROC_OTH_SEC, NEO_ASP_PROC_OTH_INTUB, NEO_ASP_PROC_OTH_MASSAGE, NEO_ASP_PROC_OTH_OTH

Required




Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

124. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Otro:		
Succión de secreciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intubación endotraqueal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masaje cardíaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: NEO_ASP_PROC_OXYOTH_SPEC

Required**Show if:** (NEO_ASP_PROC_OXY_OTH = 1:[Sí]) 125. ¿De que otra manera se aplicó el oxígeno?**Question:** NEO_ASP_PROC_HTOTH_SPEC**Required****Show if:** (NEO_ASP_PROC_HEAT_OTH = 1:[Sí]) 126. ¿De que otra manera se aplicó el calor?**Question:** NEO_ASP_PROC_OTHOTH_SPEC**Required****Show if:** (NEO_ASP_PROC_OTH_OTH = 1:[Sí]) 127. ¿Que otro procedimiento se realizó?


Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos y sus dosis, así como la fecha y hora de la **primera administración para cada una**

Custom Layout Question: NEO_ASP_MED1

128.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sulbactam	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Piperacilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_ASP_MEDICATIONS**Required**

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

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

- ☐ Si
☐ No registrado

Question: NEO_ASP_TONE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrado:	
0	No registrado	

 130. Registro de la evaluación del tono muscular:

- ☐ Registrado:
☐ No registrado

Collection: GEN_DISPOSITION**Contains:** NEO_DISPOSITION, NEO_RESOLVE_DATE, NEO_RESOLVE_TIME, NEO_REF_ACCOMTO, NEO_REF_TYPTETO, NEO_REF_MUNICIPTO, NEO_TRANS_NAMETO, NEO_SEP_REF_REAS, NEO_LBW_REF_REAS, NEO_PRE_REF_REAS, NEO_ASP_REF_REAS, NEO_REF_HOW, NEO_DIS_DATE, NEO_DIS_TIME, NEO_DEATH_DATE, NEO_DEATH_TIME**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of)**Question:** NEO_DISPOSITION**Required**

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

131. Resultado final de la estancia del **bebé** en el hospital:

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

Question: NEO_RESOLVE_DATE

Required

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

132. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:

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

Question: NEO_RESOLVE_TIME

Required

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

133. Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: NEO_REF_ACCOMTO

Required

Show if: (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	

134. ¿El bebé fue acompañado por un trabajador a la unidad de salud?

- ☐ Si, por un médico
☐ Si, por una enfermera
☐ Si, por un otro trabajador:
☐ No
☐ No registrado

Question: NEO_REF_TYPTETO

Required

Show if: (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
2	ECOS Especializado	
4	Hospital	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

135. Tipo de unidad de salud a que fue referido/traslado el bebé


- ☐ ECOS Familiar (intermedia o básica)
☐ ECOS Especializado
☐ Hospital
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: NEO_REF_MUNICIPTO**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
13	Ahuachapan	
6	Apastepeque	
3	Chiltiupan	
17	Cojutepeque	
2	El Sauce	
12	Ilobasco	
14	La Libertad	
5	Monte San Juan	
10	San Antonio Masahuat	
4	San Cristóbal	
8	San Esteban Catarina	
21	San Francisco Gotera	
7	San Ildefonso	
16	San Vicente	
9	Santa Maria Ostuma	
23	Santa Rosa de Lima	
0	Sensuntepeque	
1	Sociedad	
11	Tacuba	
20	Tecolulca	
15	Tejutepeque	
18	Zacatecoluca	
995	Otro	
-1	No registrado	

 136. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Ahuachapan
- ☐ Apastepeque
- ☐ Chiltiupan
- ☐ Cojutepeque
- ☐ El Sauce
- ☐ Ilobasco
- ☐ La Libertad
- ☐ Monte San Juan
- ☐ San Antonio Masahuat
- ☐ San Cristóbal
- ☐ 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)
- ☐ No registrado

Question: NEO_TRANS_NAMETO**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica]) 137. ¿A cual unidad fue el bebé referido/traslado?**Question:** NEO_SEP_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of)



138. SEPSIS

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO_LBW_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

139. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO_PRE_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

140. PREMATUREZ

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO_ASP_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

141. ASFIXIA AL NACIMIENTO

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO_REF_HOW**Minimum checks:** 1**Show if:** (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of)

142. Anote cómo fue transferido el bebé (seleccione todas las que apliquen)

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

Question: NEO_DIS_DATE**Required**

Show if: (NEO_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referido a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

 143. Fecha de egreso/transferido/referido

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

Question: NEO_DIS_TIME

Required

Show if: (NEO_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referido a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

 144. Hora de egreso/transferido/referido


- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_DEATH_DATE

Required

Show if: (NEO_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

 145. Fecha de defunción


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

Question: NEO_DEATH_TIME

Required

Show if: (NEO_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])


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

 146. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

Question: COMMENT_COMPL_NEONATAL

 147. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha llegado al final de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.