

SMI SLV MRR COMPL MATERNAL 54

Field	Question	Answer																																																												
Revisión del registro médico																																																														
note_intro	<p>Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM)</p> <p>Página de inicio de sesión para la encuesta de establecimientos de salud</p> <p>Por favor tenga presente que todas las preguntas en esta sección se refieren a las mediciones y procedimientos realizados a la usuaria, salvo que se especifique de otra forma.</p>																																																													
MRR_DATE (required)	Fecha (DD/MM/AAAA)																																																													
MRR_INTERVW_ID1 (required)	Identificación 1 del entrevistador																																																													
MRR_INTERVW_ID2	Identificación 2 del entrevistador																																																													
FAC_TYPE (required)	Tipo de unidad de salud	<table><tr><td>5</td><td>Unidad de salud, básica</td></tr><tr><td>6</td><td>Unidad de salud, intermedia</td></tr><tr><td>7</td><td>Unidad de salud, especializada + básica</td></tr><tr><td>8</td><td>Unidad de salud, especializada + intermedia</td></tr><tr><td>4</td><td>Hospital</td></tr></table>	5	Unidad de salud, básica	6	Unidad de salud, intermedia	7	Unidad de salud, especializada + básica	8	Unidad de salud, especializada + intermedia	4	Hospital																																																		
5	Unidad de salud, básica																																																													
6	Unidad de salud, intermedia																																																													
7	Unidad de salud, especializada + básica																																																													
8	Unidad de salud, especializada + intermedia																																																													
4	Hospital																																																													
DEPT_ID (required)	Identificación del Departamento de esta unidad médica:	<table><tr><td>1</td><td>Ahuachapán</td></tr><tr><td>2</td><td>Cabañas</td></tr><tr><td>4</td><td>Cuscatlán</td></tr><tr><td>5</td><td>La Libertad</td></tr><tr><td>6</td><td>La Paz</td></tr><tr><td>7</td><td>La Unión</td></tr><tr><td>8</td><td>Morazán</td></tr><tr><td>11</td><td>San Vicente</td></tr><tr><td>3</td><td>Chalatenango</td></tr><tr><td>9</td><td>San Miguel</td></tr><tr><td>12</td><td>Santa Ana</td></tr><tr><td>14</td><td>Usulután</td></tr></table>	1	Ahuachapán	2	Cabañas	4	Cuscatlán	5	La Libertad	6	La Paz	7	La Unión	8	Morazán	11	San Vicente	3	Chalatenango	9	San Miguel	12	Santa Ana	14	Usulután																																				
1	Ahuachapán																																																													
2	Cabañas																																																													
4	Cuscatlán																																																													
5	La Libertad																																																													
6	La Paz																																																													
7	La Unión																																																													
8	Morazán																																																													
11	San Vicente																																																													
3	Chalatenango																																																													
9	San Miguel																																																													
12	Santa Ana																																																													
14	Usulután																																																													
MUNICIP_ID (required)	Identificación del Municipio de esta unidad médica:	<table><tr><td>101</td><td>Ahuachapán</td></tr><tr><td>1101</td><td>Apastepeque</td></tr><tr><td>402</td><td>Cojutepeque</td></tr><tr><td>706</td><td>El Sauce</td></tr><tr><td>204</td><td>Ilobasco</td></tr><tr><td>408</td><td>San Cristóbal</td></tr><tr><td>819</td><td>San Francisco Gotera</td></tr><tr><td>1108</td><td>San Vicente</td></tr><tr><td>619</td><td>Santa María Ostuma</td></tr><tr><td>716</td><td>Santa Rosa de Lima</td></tr><tr><td>510</td><td>Santa Tecla (Nueva San Salvador)</td></tr><tr><td>207</td><td>Sensuntepeque</td></tr><tr><td>823</td><td>Sociedad</td></tr><tr><td>111</td><td>Tacuba</td></tr><tr><td>1111</td><td>Tecoluca</td></tr><tr><td>622</td><td>Zacatecoluca</td></tr><tr><td>1401</td><td>Alegria</td></tr><tr><td>1402</td><td>Berlin</td></tr><tr><td>304</td><td>Chalatenango</td></tr><tr><td>1202</td><td>Chalchuapa</td></tr><tr><td>905</td><td>Ciudad Barrios SM</td></tr><tr><td>308</td><td>Dulce Nombre De María</td></tr><tr><td>317</td><td>Nueva Concepcion</td></tr><tr><td>910</td><td>Nueva Guadalupe</td></tr><tr><td>319</td><td>Ojos De Agua</td></tr><tr><td>1415</td><td>San Agustín</td></tr><tr><td>914</td><td>San Gerardo</td></tr><tr><td>326</td><td>San Ignacio</td></tr><tr><td>917</td><td>San Miguel</td></tr><tr><td>1421</td><td>Santiago de María</td></tr></table>	101	Ahuachapán	1101	Apastepeque	402	Cojutepeque	706	El Sauce	204	Ilobasco	408	San Cristóbal	819	San Francisco Gotera	1108	San Vicente	619	Santa María Ostuma	716	Santa Rosa de Lima	510	Santa Tecla (Nueva San Salvador)	207	Sensuntepeque	823	Sociedad	111	Tacuba	1111	Tecoluca	622	Zacatecoluca	1401	Alegria	1402	Berlin	304	Chalatenango	1202	Chalchuapa	905	Ciudad Barrios SM	308	Dulce Nombre De María	317	Nueva Concepcion	910	Nueva Guadalupe	319	Ojos De Agua	1415	San Agustín	914	San Gerardo	326	San Ignacio	917	San Miguel	1421	Santiago de María
101	Ahuachapán																																																													
1101	Apastepeque																																																													
402	Cojutepeque																																																													
706	El Sauce																																																													
204	Ilobasco																																																													
408	San Cristóbal																																																													
819	San Francisco Gotera																																																													
1108	San Vicente																																																													
619	Santa María Ostuma																																																													
716	Santa Rosa de Lima																																																													
510	Santa Tecla (Nueva San Salvador)																																																													
207	Sensuntepeque																																																													
823	Sociedad																																																													
111	Tacuba																																																													
1111	Tecoluca																																																													
622	Zacatecoluca																																																													
1401	Alegria																																																													
1402	Berlin																																																													
304	Chalatenango																																																													
1202	Chalchuapa																																																													
905	Ciudad Barrios SM																																																													
308	Dulce Nombre De María																																																													
317	Nueva Concepcion																																																													
910	Nueva Guadalupe																																																													
319	Ojos De Agua																																																													
1415	San Agustín																																																													
914	San Gerardo																																																													
326	San Ignacio																																																													
917	San Miguel																																																													
1421	Santiago de María																																																													

[illegible]

Field	Question	Answer
		<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
		Complicaciones Obstétricas
Complicaciones Obstétricas > group_WOM_ICD_CODE		
WOM_ICD_CODE	Revise la Hoja de Registro de Admisión y Egreso Hospitalario y anote qué códigos de egreso y diagnóstico se incluyen. Código CIE-10 (por ejemplo W55.2 o S10.87) <i>Si el código no se registró, introduzca -1.</i>	
WOM_ICD_COD1 <i>(required)</i>	Código CIE-10 principal	
WOM_ICD_COD2 <i>(required)</i>	Código CIE-10 segundo	
WOM_ICD_COD3 <i>(required)</i>	Código CIE-10 tercero	
WOM_ICD_COD4 <i>(required)</i>	Código CIE-10 cuarto	
WOM_ICD_COD5 <i>(required)</i>	Código CIE-10 quinto	
Complicaciones Obstétricas > group_WOM_ICD_CODE_DIAG		
<i>Group relevant when: not(\${WOM_ICD_COD1} = "-1") or not(\${WOM_ICD_COD2} = "-1") or not(\${WOM_ICD_COD3} = "-1") or not(\${WOM_ICD_COD4} = "-1") or not(\${WOM_ICD_COD5} = "-1")</i>		
WOM_ICD_CODE_DIAG	Diagnóstico de egreso <i>Si el código no se registró, introduzca -1.</i> <i>Question relevant when: not(\${WOM_ICD_COD1} = "-1") or not(\${WOM_ICD_COD2} = "-1") or not(\${WOM_ICD_COD3} = "-1") or not(\${WOM_ICD_COD4} = "-1") or not(\${WOM_ICD_COD5} = "-1")</i>	
WOM_ICD_CODE_DIAG1 <i>(required)</i>	Diagnóstico de egreso para código CIE-10 principal <i>Question relevant when: not(\${WOM_ICD_COD1} = "-1")</i>	
WOM_ICD_CODE_DIAG2 <i>(required)</i>	Diagnóstico de egreso para código CIE-10 segundo <i>Question relevant when: not(\${WOM_ICD_COD2} = "-1")</i>	
WOM_ICD_CODE_DIAG3 <i>(required)</i>	Diagnóstico de egreso para código CIE-10 tercero <i>Question relevant when: not(\${WOM_ICD_COD3} = "-1")</i>	
WOM_ICD_CODE_DIAG4 <i>(required)</i>	Diagnóstico de egreso para código CIE-10 cuarto <i>Question relevant when: not(\${WOM_ICD_COD4} = "-1")</i>	
WOM_ICD_CODE_DIAG5 <i>(required)</i>	Diagnóstico de egreso para código CIE-10 quinto <i>Question relevant when: not(\${WOM_ICD_COD5} = "-1")</i>	
MRR_WOM_DEL_COMP <i>(required)</i>	¿Tuvo la usuaria alguna de las siguientes complicaciones? <i>Seleccione todas las que apliquen.</i>	<div><div>SEP</div>Sepsis</div> <div><div>HEM</div>Hemorragia</div> <div><div>PRE</div>Pre-eclampsia severa</div> <div><div>ECL</div>Eclampsia</div> <div><div>NO</div>Ninguna</div>

Field	Question	Answer		
MRR_SELECTION <i>(required)</i>	Método para elegir expediente:	1	Muestra predeterminada por IHME	
		2	Muestra electrónica en el establecimiento de salud	
		3	Muestra por mano en el establecimiento de salud	
		995	Otro:	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery				
Group relevant when: selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} , "SEP") or selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} , "HEM") or selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} , "PRE") or selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} , "ECL")				
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > group_wom_adm				
note_wom_adm	Indique si los siguientes datos fueron registrados para usuarias:			
WOM_ADM_DATE_DATE <i>(required)</i>	Fecha de admisión/ingreso			
WOM_ADM_TIME_SPEC <i>(required)</i>	Hora de admisión (horario de 24 horas) <i>Introduzca "99" si la hora no se registró.</i>			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Inelegible				
Group relevant when: \${WOM_ADM_DATE_DATE} <date("2019-01-01") or \${WOM_ADM_DATE_DATE} >date("2022-06-30")				
note_ineligible_date	Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de ingreso fue [WOM_ADM_DATE_DATE]. Por favor revisa expedientes donde la fecha de ingreso fue entre 01/01/2019 y 30/06/2022. Si la fecha es correcta, por favor explique las circunstancias en la página siguiente.			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible				
Group relevant when: \${WOM_ADM_DATE_DATE} >=date("2019-01-01") and \${WOM_ADM_DATE_DATE} <=date("2022-06-30")				
WOM_IDENTIFY_DATE <i>(required)</i>	Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería (DD/MM/AAAA): <i>Introduzca "-1" si la fecha de la identificación de la complicación no se registró.</i>			
WOM_IDENTIFY_TIME <i>(required)</i>	Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería (HH:MM): <i>Introduzca "-1" si la hora de la identificación de la complicación no se registró.</i>			
WOM_ADM_REFFROM <i>(required)</i>	¿La mujer fue referida/traslado a este hospital desde otro establecimiento de salud?	1	Sí	
		0	No	
WOM_REF_ACCOMFROM <i>(required)</i>	¿La mujer fue acompañada por un trabajador de la unidad de salud? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ADM_REFFROM} , '1')</i>	1	Sí, por un médico	
		2	Sí, por una enfermera	
		995	Sí, por otro trabajador:	
		0	No	
		-1	No registrado	
WOM_REF_DATEFROM_SPEC <i>(required)</i>	Fecha de referencia/traslado desde otra unidad médica (DD/MM/AAAA): <i>Introduzca "-1" si la fecha de nacimiento no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ADM_REFFROM} , '1')</i>			
WOM_REF_TIMEFROM_SPEC <i>(required)</i>	Hora de referencia/traslado desde otra unidad médica (HH:MM): <i>Introduzca "-1" si la hora de nacimiento no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ADM_REFFROM} , '1')</i>			
WOM_REF_TYPEFROM <i>(required)</i>	Tipo de unidad desde la cual fue referida/traslado la usuaria: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ADM_REFFROM} , '1')</i>	1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
		2	ECOS Especializado	
		4	Hospital	
		995	Otro (especificar):	
		-1	No referido	
WOM_REF_MUNICIPFROM <i>(required)</i>	¿Desde cual municipio fue la unidad? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ADM_REFFROM} , 1)</i>	101	Ahuachapán	
		111	Tacuba	
		204	Ilobasco	
		207	Sensuntepeque	
		304	Chalatenango	
		308	Dulce Nombre De María	
		312	San Jose La Laguna	
		317	Nueva Concepción	
		319	Ojos De Agua	
		326	San Ignacio	
		402	Cojutepeque	
		405	Monte San Juan	
		408	San Cristóbal	
		502	Chiltiupán	
		510	Santa Tecla	
		607	San Antonio Masahuat	
		619	Santa María Ostuma	
		622	Zacatecoluca	

Field	Question	022 - Zacatecas	
		Answer	
		706	El Sauce
		716	Santa Rosa de Lima
		819	San Francisco Gotera
		823	Sociedad
		905	Ciudad Barrios
		910	Nueva Guadalupe
		914	San Gerardo
		917	San Miguel
		920	Uluazapa
		1101	Apastepeque
		1104	San Esteban Catarina
		1105	San Ildefonso
		1108	San Vicente
		1111	Tecoluca
		1202	Chalchuapa
		1401	Alegría
		1402	Berlín
		1415	San Agustín
		1418	San Francisco Javier
		1421	Santiago de María
		1422	Tecapán
		1423	Usulután
		995	Otro municipio
WOM_REF_NAMEFROM (required)	¿Desde cual unidad de salud fue la mujer referida/traslado? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ADM_REFFROM} , 1)</i>	10101	Hospital Nacional General "Dr. Francisco Menéndez" (Ahuachapán)
		11101	US Especializada Tacuba (Tacuba)
		11102	US Familiar Tacuba (Tacuba)
		11103	US Chaguite (Tacuba)
		11104	US El Jícaro (Tacuba)
		11105	US El Sincuyo (Tacuba)
		11106	US La Escuela El Rodeo (Tacuba)
		11107	US La Magdalena (Tacuba)
		11108	US Las Palmeras (Tacuba)
		11109	US Pandiadura (Tacuba)
		11110	US San Rafael (Tacuba)
		11111	US Valle la Puerta (Tacuba)
		20401	US Especializada Ilobasco (Ilobasco)
		20402	US Familiar Ilobasco (Ilobasco)
		20403	US San Francisco Iraheta (Ilobasco)
		20404	US Potreros (Ilobasco)
		20405	US Huertas (Ilobasco)
		20406	US San José (Ilobasco)
		20407	US Agua Zarca (Ilobasco)
		20408	US Los Llanitos (Ilobasco)
		20409	US Hoyos (Ilobasco)

Field	Question	Answer	
		20410	US Sitio Viejo (Ilobasco)
		20411	US Cerro Colorado (Ilobasco)
		20412	US San Francisco del Monte (Ilobasco)
		20413	US Maquilishuat (Ilobasco)
		20414	US Maquilishuath El Limón (Ilobasco)
		20415	Hospital Nacional General "Dr. José Luis Saca" (Ilobasco)
		20701	US Especializada Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		20702	US Familiar Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		20703	US San Gregorio (Sensuntepeque)
		20704	US San Nicolás (Sensuntepeque)
		20705	US Rio Grande (Sensuntepeque)
		20706	US San Lorenzo (Sensuntepeque)
		20707	US Copinolapa (Sensuntepeque)
		20708	US Cuyantepeque (Sensuntepeque)
		20709	US Chunte (Sensuntepeque)
		20710	Hospital Nacional General Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		30401	Hospital Nacional Chalatenango Dr. Luis Edmundo Vasquez (Chalatenango)
		30801	US Dulce Nombre de Maria (Dulce Nombre De María)
		30802	US Gutierrez (Dulce Nombre De María)
		30803	US Ocotol (Dulce Nombre De María)
		31201	US La Laguna (San Jose La Laguna)
		31202	US San Jose La Laguna (San Jose La Laguna)
		31701	Hospital Nacional Nueva Concepcion (Nueva Concepción)
		31901	US Ojos de Agua (Ojos De Agua)
		31902	US Zapotal (Ojos De Agua)
		32601	US San Ignacio (San Ignacio)

Field	Question	Answer	
		32602	US El Carmen (San Ignacio)
		32603	US Las Pilas (San Ignacio)
		40201	Hospital Nacional General "Nuestra Señora de Fatima" (Cojutepeque)
		40501	US Monte San Juan (Monte San Juan)
		40502	US San Nicolás (Monte San Juan)
		40503	US Soledad (Monte San Juan)
		40801	US San Cristóbal (San Cristóbal)
		40802	US San Antonio (San Cristóbal)
		40803	US La Virgen (San Cristóbal)
		50201	US Chiltiupan (Chiltiupán)
		50202	US Taquillo (Chiltiupán)
		50203	US Termópilas (Chiltiupán)
		51001	Hospital Nacional General "San Rafael" (Santa Tecla)
		60701	US San Antonio Masahuat (San Antonio Masahuat)
		60702	US La Loma (San Antonio Masahuat)
		61901	US Santa María Ostuma (Santa María Ostuma)
		61902	US El Chaperno (Santa María Ostuma)
		61903	US El Carrizal (Santa María Ostuma)
		62201	Hospital Nacional General "Santa Teresa" (Zacatecoluca)
		70601	US El Sauce (El Sauce)
		70602	US Talpetate (El Sauce)
		70603	US Santa Rosita (El Sauce)
		71601	Hospital Nacional General "Santa Rosa de Lima" (Santa Rosa de Lima)
		81901	Hospital Nacional General "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" (San Francisco Gotera)
		82301	US Sociedad (Sociedad)
		82302	US Labranza (Sociedad)

Field	Question	Answer	
		82303	US Peñón (Sociedad)
		82304	US Animas (Sociedad)
		90501	Hospital Nacional Ciudad Barrios Mons. Oscar Arnulfo Romero (Ciudad Barrios)
		90502	US Especializada Ciudad Barrios (Ciudad Barrios)
		90503	US Familiar Ciudad Barrios (Ciudad Barrios)
		90504	US El Porvenir (Ciudad Barrios)
		90505	US Guanaste (Ciudad Barrios)
		90506	US Llano el Ángel (Ciudad Barrios)
		90507	US San Cristobal (Ciudad Barrios)
		90508	US San Matias (Ciudad Barrios)
		91001	Hospital Nacional Nueva Guadalupe (Nueva Guadalupe)
		91401	US San Gerardo (San Gerardo)
		91402	US La Laguna (San Gerardo)
		91403	US San Jeronimo (San Gerardo)
		91701	Hospital Nacional San Miguel San Juan De Dios (San Miguel)
		92001	US Uluazapa (Uluazapa)
		110101	US Apastepeque (Apastepeque)
		110102	US Calderas (Apastepeque)
		110103	US Las Minas (Apastepeque)
		110104	US San Felipe (Apastepeque)
		110105	US San Jacinto (Apastepeque)
		110106	US San Nicolás (Apastepeque)
		110107	US San Pedro (Apastepeque)
		110401	US San Esteban Catarina (San Esteban Catarina)
		110402	US San Jacinto La Burrera (San Esteban Catarina)
		110501	US San Ildefonso (San Ildefonso)
		110502	US Guachipilín (San Ildefonso)
		110503	US San Lorenzo (San Ildefonso)

Field	Question	Answer	
		110801	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis" (San Vicente)
		111101	US Tecoluca (Tecoluca)
		111102	US Tehuacan (Tecoluca)
		111103	US Llano Grande (Tecoluca)
		111104	US La Esperanza (Tecoluca)
		111105	US Santa Cruz Porrillo (Tecoluca)
		111106	US San Carlos Lempa (Tecoluca)
		111107	US Santa Marta (Tecoluca)
		111108	US San Nicolás Lempa (Tecoluca)
		111109	US Santa Cruz Paraíso (Tecoluca)
		111110	US Guajoyo (Tecoluca)
		120201	Hospital Nacional Chalchuapa (Chalchuapa)
		140101	US Alegria (Alegria)
		140102	US Las Casitas (Alegria)
		140103	US El Quebracho (Alegria)
		140104	US El Zapotillo (Alegria)
		140201	US Berlín (Berlín)
		140202	US Berlín 1 (Berlín)
		140203	US Berlín 2 (Berlín)
		140204	US San José (Berlín)
		140205	US Talpetate (Berlín)
		140206	US Virginia (Berlín)
		140207	US San Isidro (Berlín)
		141501	US San Agustín (San Agustín)
		141502	US Eucalipto (San Agustín)
		141503	US Linares Caulotal (San Agustín)
		141801	US San Francisco Javier (San Francisco Javier)
		141802	US Los Hornos (San Francisco Javier)
		141803	US La Cruz (San Francisco Javier)
		142101	Hospital Nacional Santiago De Maria (Santiago de María)
		142201	US Tecapán (Tecapán)
		142202	US Gualache (Tecapán)
		142203	US Chapetones (Tecapán)
		142301	Hospital Nacional Usulután San Pedro

Field	Question	Answer		
note_eligible_date	Revise la Hoja de Registro de Admisión y Egreso Hospitalario, si no está disponible busque en el expediente la siguiente información sobre datos personales.			(Usulután)
		995		Otra unidad
MRR_AGE <i>(required)</i>	Edad: <i>Introduzca "-1" si la edad no se registró.</i>			
MRR_MAR_STAT <i>(required)</i>	Estado civil/familiar:		3	Soltera
			1	Casada
			7	Unión estable
			5	Divorciada
			6	Viuda
			2	Acompañada
		995	Otro (especificar):	
		-1	No registrado	
MRR_LITERACY <i>(required)</i>	Lee y escribe:	1	Sí	
		0	No	
		-1	No registrado	
MRR_ETHNICITY <i>(required)</i>	Etnia:	1	Mestiza	
		2	Indígena	
		5	Negra	
		3	Blanca	
		4	Otro	
		-1	No registrado	
MRR_AREA <i>(required)</i>	Área:	1	Urbana	
		2	Rural	
		-1	No registrado	
MRR_EDU <i>(required)</i>	Estudios:	1	Ninguna	
		2	Primaria (1 a 6to grado)	
		3	Secundaria (7mo a 9no grado)	
		4	Preparatoria/ bachillerato	
		5	Universidad	
		6	Técnico	
		-1	No registrado	
WOM_DEPT_ID <i>(required)</i>	¿Cual es el departamento de procedencia de la mujer?	1	Ahuachapán	
		2	Cabañas	
		3	Chalatenango	
		4	Cuscatlán	
		5	La Libertad	
		6	La Paz	
		7	La Unión	
		8	Morazán	
		9	San Miguel	
		10	San Salvador	
		11	San Vicente	
		12	Santa Ana	
		13	Sonsonate	
		14	Usulután	
		995	Otro departamento	
WOM_MUNICIP_ID <i>(required)</i>	¿Cual es el municipio de procedencia de la mujer?	101	Ahuachapán	
		111	Tacuba	
		204	Ilobasco	
		207	Sensuntepeque	
		304	Chalatenango	
		308	Dulce Nombre De María	
		312	San Jose La Laguna	
		317	Nueva Concepción	
		319	Ojos De Agua	
		326	San Ignacio	
		402	Cojutepeque	
		405	Monte San Juan	
		408	San Cristóbal	
		502	Chiltiupán	
		510	Santa Tecla	

Field	Question	Answer	
		607	San Antonio Masahuat
		619	Santa María Ostuma
		622	Zacatecoluca
		706	El Sauce
		716	Santa Rosa de Lima
		819	San Francisco Gotera
		823	Sociedad
		905	Ciudad Barrios
		910	Nueva Guadalupe
		914	San Gerardo
		917	San Miguel
		920	Uluazapa
		1101	Apastepeque
		1104	San Esteban Catarina
		1105	San Ildefonso
		1108	San Vicente
		1111	Tecoluca
		1202	Chalchuapa
		1401	Alegría
		1402	Berlín
		1415	San Agustín
		1418	San Francisco Javier
		1421	Santiago de María
		1422	Tecapán
		1423	Usulután
995	Otro municipio		
WOM_CANTON_ID <i>(required)</i>	¿Cual es el canton de procedencia de la mujer?		
WOM_GESTAGE <i>(required)</i>	Edad gestacional (semanas): <i>Introduzca "-1" si la edad gestacional no se registró.</i>		
WOM_BABYCOMPL <i>(required)</i>	Anote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)	SEP	Sepsis
		ASP	Asfixia
		LBW	Bajo peso al nacer
		PRE	Prematurez
		OTH	Otra
		DK	Sin complicaciones
WOM_BABYBIRTH_WHERE <i>(required)</i>	¿Dónde ocurrió este nacimiento?	1	En este hospial
		2	En otra unidad de salud
		3	En la casa
		4	Camino a esta unidad de salud / durante traslado
		5	El nacimiento no ocurrió
		995	Otro (especificar):
		-1	No registrado
WOM_BABYBIRTH_WHERE_FACILITY <i>(required)</i>	¿En qué tipo de unidad ocurrió este nacimiento? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_BABYBIRTH_WHERE} , '2')</i>	1	Unidad de salud Familiar (intermedia o básica)
		2	Unidad de Salud Especializado
		4	Hospital
		995	Otro (especificar):
		-1	No registrado
WOM_BABYBIRTH_DATE <i>(required)</i>	Indique si los siguientes fueron registrados para el bebé: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: not(\${WOM_BABYBIRTH_WHERE} =5)</i>		
WOM_BABYBIRTH_TIME <i>(required)</i>	Indique sí los siguientes datos fueron registrado para el bebé: Hora de nacimiento (horario de 24 horas): <i>Introduzca "-1" si la hora de nacimiento no se registró.</i> <i>Question relevant when: not(\${WOM_BABYBIRTH_WHERE} =5)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis <i>Group relevant when: selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} , "SEP")</i>			
note_sepsis_intro	Anote si se registró lo siguiente para el paciente con sepsis.		

Field	Question	Answer
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL > group_WOM_SEP_CHECK		
WOM_SEP_CHECK	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones.	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CHECK_REG_BP <i>(required)</i>	Presión arterial (PA)	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CHECK_REG_PULS <i>(required)</i>	Pulso	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CHECK_REG_HR <i>(required)</i>	Frecuencia cardiaca (fc)	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CHECK_REG_RESP <i>(required)</i>	Frecuencia respiratoria (fr)	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CHECK_REG_TEMP <i>(required)</i>	Temperatura (T)	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CHECK_REG_OTH1	Otro 1 (especificar)	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CHECK_REG_OTH2	Otro 2 (especificar)	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CHECK_REG_OTH3	Otro 3 (especificar)	1 Sí
		0 No
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL > group_WOM_SEP_CHECK_OTH <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH1} , '1') or selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH2} , '1') or selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH3} , '1')</i>		
WOM_SEP_CHECK_OTH1_NAME <i>(required)</i>	Especifique la otra revisión 1: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH1} , '1')</i>	
WOM_SEP_CHECK_OTH2_NAME <i>(required)</i>	Especifique la otra revisión 2: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH2} , '1')</i>	
WOM_SEP_CHECK_OTH3_NAME <i>(required)</i>	Especifique la otra revisión 3: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH3} , '1')</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL > group_WOM_SEP_CHECK_VALDT_BP <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_BP} , 1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_CHECK_VALDT_BP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_BP} , 1)</i>	
note_WOM_SEP_CHECK_VALDT_BP	Presión arterial <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_BP} , 1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_NUM_BP_SYST <i>(required)</i>	Presión arterial (PA) - sistólica: Valor <i>El primer número, eg: ____/</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_BP} , 1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_NUM_BP_DIAS <i>(required)</i>	Presión arterial (PA) - diastólica: Valor <i>El segundo número, eg: /__</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_BP} , 1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_DATE_BP <i>(required)</i>	Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_BP} , 1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_TIME_BP <i>(required)</i>	Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_BP} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL > group_WOM_SEP_CHECK_VALDT_PULS <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_PULS} , 1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_CHECK_VALDT_PULS	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_PULS} , 1)</i>	
note_WOM_SEP_CHECK_VALDT_PULS	Pulso <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_PULS} , 1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_NUM_PULS <i>(required)</i>	Valor de pulso (por minuto) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_PULS} , 1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_DATE_PULS <i>(required)</i>	Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_PULS} , 1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_TIME_PULS <i>(required)</i>	Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_PULS} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL > group_WOM_SEP_CHECK_VALDT_HR <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_HR} , 1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_CHECK_VALDT_HR	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una.	

Field	Question	Answer
	<i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_HR} ,1)</i>	
note_WOM_SEP_CHECK_VALDT_HR	Frecuencia cardiaca (fc) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_HR} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_NUM_HR <i>(required)</i>	Valor de frecuencia cardiaca (por minuto) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_HR} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_DATE_HR <i>(required)</i>	Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_HR} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_TIME_HR <i>(required)</i>	Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_HR} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL > group_WOM_SEP_CHECK_VALDT_RESP <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_RESP} ,1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_CHECK_VALDT_RESP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_RESP} ,1)</i>	
note_WOM_SEP_CHECK_VALDT_RESP	Frecuencia respiratoria (fr) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_RESP} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_NUM_RESP <i>(required)</i>	Frecuencia respiratoria (fr): Valor (por minuto) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_RESP} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_DATE_RESP <i>(required)</i>	Frecuencia respiratoria (fr): Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_RESP} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_TIME_RESP <i>(required)</i>	Frecuencia respiratoria (fr): Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_RESP} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL > group_WOM_SEP_CHECK_VALDT_TEMP <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_TEMP} ,1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_CHECK_VALDT_TEMP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_TEMP} ,1)</i>	
note_WOM_SEP_CHECK_VALDT_TEMP	Temperatura <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_TEMP} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_NUM_TEMP <i>(required)</i>	Temperatura (°C): Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_TEMP} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_DATE_TEMP <i>(required)</i>	Temperatura: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_TEMP} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_TIME_TEMP <i>(required)</i>	Temperatura: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_TEMP} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL > group_WOM_SEP_CHECK_VALDT_OTH1 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH1} ,1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_CHECK_VALDT_OTH1	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_SEP_CHECK_OTH1_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_NUM_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_CHECK_OTH1_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_DATE_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_CHECK_OTH1_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_TIME_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_CHECK_OTH1_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH1} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL > group_WOM_SEP_CHECK_VALDT_OTH2 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH2} ,1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_CHECK_VALDT_OTH2	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_SEP_CHECK_OTH2_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_NUM_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_CHECK_OTH2_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_DATE_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_CHECK_OTH2_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH2} ,1)</i>	

Field	Question	Answer
WOM_SEP_CHECK_TIME_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_CHECK_OTH2_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_CHECK_TOTAL > group_WOM_SEP_CHECK_VALDT_OTH3 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_CHECK_VALDT_OTH3	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_SEP_CHECK_OTH3_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_NUM_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_CHECK_OTH3_NAME]': Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_DATE_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_CHECK_OTH3_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
WOM_SEP_CHECK_TIME_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_CHECK_OTH3_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL > group_WOM_SEP_LAB		
WOM_SEP_LAB	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio.	<div><div>1</div><div>Sí</div></div> <div><div>0</div><div>No</div></div>
WOM_SEP_LAB_REG_LEUC <i>(required)</i>	Leucocitos	<div><div>1</div><div>Sí</div></div> <div><div>0</div><div>No</div></div>
WOM_SEP_LAB_REG_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas	<div><div>1</div><div>Sí</div></div> <div><div>0</div><div>No</div></div>
WOM_SEP_LAB_REG_HGB <i>(required)</i>	Hemoglobina (Hgb o Hb)	<div><div>1</div><div>Sí</div></div> <div><div>0</div><div>No</div></div>
WOM_SEP_LAB_REG_HMT <i>(required)</i>	Hematocrito (Hto o Hct)	<div><div>1</div><div>Sí</div></div> <div><div>0</div><div>No</div></div>
WOM_SEP_LAB_REG_BIO <i>(required)</i>	Biometría hemática	<div><div>1</div><div>Sí</div></div> <div><div>0</div><div>No</div></div>
WOM_SEP_LAB_REG_OTH1	Otro 1	<div><div>1</div><div>Sí</div></div> <div><div>0</div><div>No</div></div>
WOM_SEP_LAB_REG_OTH2	Otro 2	<div><div>1</div><div>Sí</div></div> <div><div>0</div><div>No</div></div>
WOM_SEP_LAB_REG_OTH3	Otro 3	<div><div>1</div><div>Sí</div></div> <div><div>0</div><div>No</div></div>
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL > other specify for sepsis lab <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH1} , '1') or selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH2} , '1') or selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH3} , '1')</i>		
WOM_SEP_LAB_OTH1_NAME	Especifique el otro examen 1: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH1} , '1')</i>	
WOM_SEP_LAB_OTH2_NAME	Especifique el otro examen 2: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH2} , '1')</i>	
WOM_SEP_LAB_OTH3_NAME	Especifique el otro examen 3: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH3} , '1')</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL > group_WOM_SEP_LAB_VALDT_LEUC <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_LEUC} , 1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_LAB_VALDT_LEUC	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_LEUC} , 1)</i>	
note_WOM_SEP_LAB_VALDT_LEUC	Leucocitos <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_LEUC} , 1)</i>	
WOM_SEP_LAB_NUM_LEUC <i>(required)</i>	Leucocitos: Valor (x10^3/liter) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_LEUC} , 1)</i>	
WOM_SEP_LAB_DATE_LEUC <i>(required)</i>	Leucocitos: Fecha (DD/MM/ AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_LEUC} , 1)</i>	
WOM_SEP_LAB_TIME_LEUC <i>(required)</i>	Leucocitos: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_LEUC} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL > group_WOM_SEP_LAB_VALDT_PLAT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_LAB_VALDT_PLAT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>	

Field	Question	Answer
note_WOM_SEP_LAB_VALDT_PLAT	Recuento de plaquetas <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_NUM_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_DATE_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_TIME_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL > group_WOM_SEP_LAB_VALDT_HGB <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HGB} ,1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_LAB_VALDT_HGB	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HGB} ,1)</i>	
note_WOM_SEP_LAB_VALDT_HGB	Hemoglobina (Hgb o Hb) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HGB} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_NUM_HGB <i>(required)</i>	Hemoglobina (Hgb o Hb): Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HGB} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_DATE_HGB <i>(required)</i>	Hemoglobina (Hgb o Hb): Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HGB} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_TIME_HGB <i>(required)</i>	Hemoglobina (Hgb o Hb): Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HGB} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL > group_WOM_SEP_LAB_VALDT_HMT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HMT} ,1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_LAB_VALDT_HMT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HMT} ,1)</i>	
note_WOM_SEP_LAB_VALDT_HMT	Hematocrito (Hto o Hct) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HMT} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_NUM_HMT <i>(required)</i>	Hematocrito (Hto o Hct): Valor (por minuto) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HMT} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_DATE_HMT <i>(required)</i>	Hematocrito (Hto o Hct): Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HMT} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_TIME_HMT <i>(required)</i>	Hematocrito (Hto o Hct): Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_HMT} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL > group_WOM_SEP_LAB_VALDT_BIO <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_BIO} ,1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_LAB_VALDT_BIO	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_BIO} ,1)</i>	
note_WOM_SEP_LAB_VALDT_BIO	Biometría hemática <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_BIO} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_DATE_BIO <i>(required)</i>	Biometría hemática: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_BIO} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_TIME_BIO <i>(required)</i>	Biometría hemática: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_BIO} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL > group_WOM_SEP_LAB_VALDT_OTH1 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>		
note_intro_WOM_SEP_LAB_VALDT_OTH1	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para [WOM_SEP_LAB_OTH1_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_NUM_OTH1	[WOM_SEP_LAB_OTH1_NAME]': Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_DATE_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_LAB_OTH1_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_SEP_LAB_TIME_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_LAB_OTH1_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	

Field	Question	Answer
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL > group_WOM_SEP_LAB_VALDT_OTH2		
Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH2} ,1)		
note_intro_WOM_SEP_LAB_VALDT_OTH2	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_SEP_LAB_OTH2_NAME]'. Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH2} ,1)	
WOM_SEP_LAB_NUM_OTH2	[WOM_SEP_LAB_OTH2_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH2} ,1)	
WOM_SEP_LAB_DATE_OTH2 (required)	[WOM_SEP_LAB_OTH2_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH2} ,1)	
WOM_SEP_LAB_TIME_OTH2 (required)	[WOM_SEP_LAB_OTH2_NAME]: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH2} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_LAB_TOTAL > group_WOM_SEP_LAB_VALDT_OTH3		
Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH3} ,1)		
note_intro_WOM_SEP_LAB_VALDT_OTH3	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_SEP_LAB_OTH3_NAME]'. Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH3} ,1)	
WOM_SEP_LAB_NUM_OTH3 (required)	[WOM_SEP_LAB_OTH3_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH3} ,1)	
WOM_SEP_LAB_DATE_OTH3 (required)	[WOM_SEP_LAB_OTH3_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH3} ,1)	
WOM_SEP_LAB_TIME_OTH3 (required)	[WOM_SEP_LAB_OTH3_NAME]: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_LAB_REG_OTH3} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Sepsis > GROUP_WOM_SEP_CAUSE		
WOM_SEP_CAUSE_CATEGORIES	Seleccione la causa de la sepsis (anote todas las opciones que apliquen de acuerdo a lo registrado en el expediente).	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_ABORT (required)	Aborto séptico	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_ABORT2 (required)	Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_PRERUPTURE (required)	Ruptura prematura de membranas (RPM)	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_PERF (required)	Perforación uterina	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_CORIO (required)	Corioaminoitis	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_ABSCESS (required)	Abscesos (en general)	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_PELVICABSCESS (required)	Absceso pélvico	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_ECTINFECT (required)	Embarazos ectopicos infectados	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_PELVIPER (required)	Pelvipерitonitis	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_CANALTEAR (required)	Desgarro de canal vaginal	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_EPISTOINFECT (required)	Episiotomía infectada	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_POSTENDO (required)	Endometritis postparto o post-cesárea	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_FEVER (required)	Fiebre puerperal	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_PRODUCT (required)	Retención de restos placentarios	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_OTH	Otro	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_CAUSE_OTH_SPEC	Especifique la otra causa:	

Field	Question	Answer
	Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_CAUSE_OTH} , 1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Sepsis > GROUP_WOM_SEP_PROCEDURES		
WOM_SEP_PROCEDURES_CATEGORIES	Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (anote todas las opciones que apliquen de acuerdo a lo registrado en el expediente):	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_AMEU (required)	Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_CAVIDAD (required)	Revisión de cavidad uterina	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_LEGRADO (required)	Legrado instrumental	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_HIST (required)	Histerectomía	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_LAP (required)	Laparotomía	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_SUTURE (required)	Sutura	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_SURG (required)	Reparación quirúrgica	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_DRENAJE (required)	Drenaje	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_SALPIN (required)	Salpinguectomia	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_OTH	Otro	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_PROCEDURES_OTH_SPEC	Especifique el otro procedimiento: Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_PROCEDURES_OTH} , 1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED		
WOM_SEP_MED	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos.	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_AMI (required)	Amikacina	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_CLI (required)	Clindamicina	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_GEN (required)	Gentamicina	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_AMP (required)	Ampicilina	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_MET (required)	Metronidazol	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_PENI (required)	Penicilina	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_PENICRY (required)	Penicilina cristalina	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_PIP (required)	Piperacilina	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_TAZ (required)	Tazobactan	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_OAN1	Otro antibiótico	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_OME1	Otro medicamento 1	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_OME2	Otro medicamento 2	1 Sí
		0 No
WOM_SEP_MED_ADM_OME3	Otro medicamento 3	1 Sí
		0 No
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > Specify other sepsis meds Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME1} , 1) or selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME2} , 1) or selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME3} , 1) or selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OAN1} , 1)		

Field	Question	Answer														
WOM_SEP_MED_OAN1_NAME	Especifique el otro antibiótico: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OAN1} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_OME1_NAME	Especifique el otro medicamento 1: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME1} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_OME2_NAME	Especifique el otro medicamento 2: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME2} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_OME3_NAME	Especifique el otro medicamento 3: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME3} , 1)</i>															
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_AMI <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMI} , 1)</i>																
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_AMI	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMI} , 1)</i>															
note_WOM_SEP_MED_VALDT_AMI	Amikacina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMI} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_DOS_AMI <i>(required)</i>	Amikacina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMI} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_UNIT_AMI <i>(required)</i>	Amikacina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMI} , 1)</i>	<table> <tr><td>1</td><td>mg/kg</td></tr> <tr><td>2</td><td>mg</td></tr> <tr><td>3</td><td>g</td></tr> <tr><td>4</td><td>UI</td></tr> <tr><td>5</td><td>cc</td></tr> <tr><td>6</td><td>mL</td></tr> <tr><td>7</td><td>mcg</td></tr> </table>	1	mg/kg	2	mg	3	g	4	UI	5	cc	6	mL	7	mcg
1	mg/kg															
2	mg															
3	g															
4	UI															
5	cc															
6	mL															
7	mcg															
WOM_SEP_MED_DATE_AMI <i>(required)</i>	Amikacina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMI} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_TIME_AMI <i>(required)</i>	Amikacina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMI} , 1)</i>															
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_CLI <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_CLI} , 1)</i>																
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_CLI	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_CLI} , 1)</i>															
note_WOM_SEP_MED_VALDT_CLI	Clindamicina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_CLI} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_DOS_CLI <i>(required)</i>	Clindamicina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_CLI} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_UNIT_CLI <i>(required)</i>	Clindamicina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_CLI} , 1)</i>	<table> <tr><td>1</td><td>mg/kg</td></tr> <tr><td>2</td><td>mg</td></tr> <tr><td>3</td><td>g</td></tr> <tr><td>4</td><td>UI</td></tr> <tr><td>5</td><td>cc</td></tr> <tr><td>6</td><td>mL</td></tr> <tr><td>7</td><td>mcg</td></tr> </table>	1	mg/kg	2	mg	3	g	4	UI	5	cc	6	mL	7	mcg
1	mg/kg															
2	mg															
3	g															
4	UI															
5	cc															
6	mL															
7	mcg															
WOM_SEP_MED_DATE_CLI <i>(required)</i>	Clindamicina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_CLI} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_TIME_CLI <i>(required)</i>	Clindamicina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_CLI} , 1)</i>															
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_GEN <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_GEN} , 1)</i>																
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_GEN	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_GEN} , 1)</i>															
note_WOM_SEP_MED_VALDT_GEN	Gentamicina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_GEN} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_DOS_GEN <i>(required)</i>	Gentamicina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_GEN} , 1)</i>															
WOM_SEP_MED_UNIT_GEN <i>(required)</i>	Gentamicina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_GEN} , 1)</i>	<table> <tr><td>1</td><td>mg/kg</td></tr> <tr><td>2</td><td>mg</td></tr> <tr><td>3</td><td>g</td></tr> <tr><td>4</td><td>UI</td></tr> </table>	1	mg/kg	2	mg	3	g	4	UI						
1	mg/kg															
2	mg															
3	g															
4	UI															

Field	Question	Answer		
		5	cc	
		6	mL	
		7	mcg	
WOM_SEP_MED_DATE_GEN <i>(required)</i>	Gentamicina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_GEN} , 1)</i>			
WOM_SEP_MED_TIME_GEN <i>(required)</i>	Gentamicina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_GEN} , 1)</i>			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_AMP <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMP} , 1)</i>				
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_AMP	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMP} , 1)</i>			
note_WOM_SEP_MED_VALDT_AMP	Ampicilina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMP} , 1)</i>			
WOM_SEP_MED_DOS_AMP <i>(required)</i>	Ampicilina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMP} , 1)</i>			
WOM_SEP_MED_UNIT_AMP <i>(required)</i>	Ampicilina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMP} , 1)</i>	1	mg/kg	
		2	mg	
		3	g	
		4	UI	
		5	cc	
		6	mL	
		7	mcg	
WOM_SEP_MED_DATE_AMP <i>(required)</i>	Ampicilina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMP} , 1)</i>			
WOM_SEP_MED_TIME_AMP <i>(required)</i>	Ampicilina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_AMP} , 1)</i>			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_MET <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_MET} , 1)</i>				
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_MET	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_MET} , 1)</i>			
note_WOM_SEP_MED_VALDT_MET	Metronidazol <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_MET} , 1)</i>			
WOM_SEP_MED_DOS_MET <i>(required)</i>	Metronidazol: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_MET} , 1)</i>			
WOM_SEP_MED_UNIT_MET <i>(required)</i>	Metronidazol: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_MET} , 1)</i>	1	mg/kg	
		2	mg	
		3	g	
		4	UI	
		5	cc	
		6	mL	
		7	mcg	
WOM_SEP_MED_DATE_MET <i>(required)</i>	Metronidazol: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_MET} , 1)</i>			
WOM_SEP_MED_TIME_MET <i>(required)</i>	Metronidazol: Hora (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_MET} , 1)</i>			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_PENI <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENI} , 1)</i>				
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_PENI	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENI} , 1)</i>			
note_WOM_SEP_MED_VALDT_PENI	Penicilina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENI} , 1)</i>			
WOM_SEP_MED_DOS_PENI <i>(required)</i>	Penicilina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENI} , 1)</i>			
WOM_SEP_MED_UNIT_PENI <i>(required)</i>	Penicilina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENI} , 1)</i>	1	mg/kg	
		2	mg	
		3	g	

Field	Question	Answer	
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_SEP_MED_DATE_PENI <i>(required)</i>	Penicilina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENI} ,1)</i>		
WOM_SEP_MED_TIME_PENI <i>(required)</i>	Penicilina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENI} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_PENICRY <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENICRY} ,1)</i>			
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_PENICRY	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENICRY} ,1)</i>		
note_WOM_SEP_MED_VALDT_PENICRY	Penicilina cristalina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENICRY} ,1)</i>		
WOM_SEP_MED_DOS_PENICRY <i>(required)</i>	Penicilina cristalina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENICRY} ,1)</i>		
WOM_SEP_MED_UNIT_PENICRY <i>(required)</i>	Penicilina cristalina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENICRY} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_SEP_MED_DATE_PENICRY <i>(required)</i>	Penicilina cristalina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENICRY} ,1)</i>		
WOM_SEP_MED_TIME_PENICRY <i>(required)</i>	Penicilina cristalina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PENICRY} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_PIP <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PIP} ,1)</i>			
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_PIP	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PIP} ,1)</i>		
note_WOM_SEP_MED_VALDT_PIP	Piperacilina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PIP} ,1)</i>		
WOM_SEP_MED_DOS_PIP <i>(required)</i>	Piperacilina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PIP} ,1)</i>		
WOM_SEP_MED_UNIT_PIP <i>(required)</i>	Piperacilina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PIP} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_SEP_MED_DATE_PIP <i>(required)</i>	Piperacilina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PIP} ,1)</i>		
WOM_SEP_MED_TIME_PIP <i>(required)</i>	Piperacilina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_PIP} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_TAZ <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_TAZ} ,1)</i>			
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_TAZ	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_TAZ} ,1)</i>		
note_WOM_SEP_MED_VALDT_TAZ	Tazobactan <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_TAZ} ,1)</i>		
WOM_SEP_MED_DOS_TAZ <i>(required)</i>	Tazobactan: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_TAZ} ,1)</i>		
WOM_SEP_MED_UNIT_TAZ <i>(required)</i>	Tazobactan: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_TAZ} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg

Field	Question	3 g Answer	
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_SEP_MED_DATE_TAZ <i>(required)</i>	Tazobactam: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_TAZ} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_TIME_TAZ <i>(required)</i>	Tazobactam: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_TAZ} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_OAN1 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OAN1} , 1)</i>			
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_OAN1	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_SEP_MED_OAN1_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OAN1} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_DOS_OAN1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OAN1_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OAN1} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_UNIT_OAN1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OAN1_NAME]': Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OAN1} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_SEP_MED_DATE_OAN1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OAN1_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OAN1} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_TIME_OAN1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OAN1_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OAN1} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_OME1 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME1} , 1)</i>			
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_OME1	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_SEP_MED_OME1_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME1} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_DOS_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME1_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME1} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_UNIT_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME1_NAME]': Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME1} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_SEP_MED_DATE_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME1_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME1} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_TIME_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME1_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME1} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_OME2 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME2} , 1)</i>			
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_OME2	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_SEP_MED_OME2_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME2} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_DOS_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME2_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME2} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_UNIT_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME2_NAME]': Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME2} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc

Field	Question	Answer	
		6	mL
		7	mcg
WOM_SEP_MED_DATE_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME2_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME2} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_TIME_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME2_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME2} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Sepsis > group_WOM_SEP_MED_TOTAL > group_WOM_SEP_MED_VALDT_OME3 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME3} , 1)</i>			
note_intro_WOM_SEP_MED_VALDT_OME3	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_SEP_MED_OME3_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME3} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_DOS_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME3_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME3} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_UNIT_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME3_NAME]': Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME3} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_SEP_MED_DATE_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME3_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME3} , 1)</i>		
WOM_SEP_MED_TIME_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_SEP_MED_OME3_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_MED_ADM_OME3} , 1)</i>		
WOM_SEP_MEDICATIONS <i>(required)</i>	¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?	1	Sí
		0	No
WOM_SEP_SPECIAL_EVER <i>(required)</i>	¿Fue la usuaría revisada por un especialista alguna vez?	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
WOM_SEP_SPECIAL_TYPE <i>(required)</i>	¿De qué tipo fue la especialista que revisó la usuaría? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_SPECIAL_EVER} , 1) or selected(\${WOM_SEP_SPECIAL_EVER} , 2) or selected(\${WOM_SEP_SPECIAL_EVER} , 995)</i>	1	Obstetra
		2	Ginecólogo
		3	Gineco-obstetra
		4	Cirujano
		995	Otro (especificar):
		-1	No registrado
WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_DATE <i>(required)</i>	Fecha de primera evaluación por la especialista <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_SPECIAL_EVER} , 1) or selected(\${WOM_SEP_SPECIAL_EVER} , 2) or selected(\${WOM_SEP_SPECIAL_EVER} , 995)</i>		
WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_TIME <i>(required)</i>	Hora de primera evaluación por la especialista <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_SPECIAL_EVER} , 1) or selected(\${WOM_SEP_SPECIAL_EVER} , 2) or selected(\${WOM_SEP_SPECIAL_EVER} , 995)</i>		
WOM_SEP_RESULT <i>(required)</i>	Resultado del embarazo:	1	Parto vaginal
		2	Cesárea rutina
		3	Cesárea emergencia
		4	Aborto
		995	Otro
		-1	No registrado
WOM_SEP_DISPOSITION <i>(required)</i>	Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:	1	Murió en el hospital
		2	Egresó para su casa
		3	Traslado/referida a otra unidad de médica

Field	Question	Answer	
		4	Egresó contra las indicaciones médicas
		5	Desconocido
		995	Otra (especificar):
		-1	No registrado
WOM_SEP_RESOLVE_DATE <i>(required)</i>	Fecha de cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i>		
WOM_SEP_RESOLVE_TIME <i>(required)</i>	Hora de de cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i>		
WOM_SEP_REF_REAS <i>(required)</i>	Razón por la que fue referida/traslado: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,3)</i>	1	Alta temperatura
		2	Alta cuenta leucocitaria
		3	Sangrado
		4	Loquios
		5	Choque séptico
		6	Descompensada
		99	Otro
		DK	No registrado
WOM_SEP_REF_ACCOMTO <i>(required)</i>	¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,3)</i>	1	Si, por un médico
		2	Si, por una enfermera
		995	Si, por un otro trabajador:
		0	No
		-1	No registrado
WOM_SEP_REF_TYPTO <i>(required)</i>	Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,3)</i>	1	ECOS Familiar (intermedia o básica)
		2	ECOS Especializado
		4	Hospital
		995	Otro (especificar):
		-1	No referido
WOM_SEP_REF_MUNICIPTO <i>(required)</i>	¿A cual municipio fue la unidad? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,3)</i>	101	Ahuachapán
		111	Tacuba
		204	Ilobasco
		207	Sensuntepeque
		304	Chalatenango
		308	Dulce Nombre De María
		312	San Jose La Laguna
		317	Nueva Concepción
		319	Ojos De Agua
		326	San Ignacio
		402	Cojutepeque
		405	Monte San Juan
		408	San Cristóbal
		502	Chiltiupán
		510	Santa Tecla
		607	San Antonio Masahuat
		619	Santa María Ostuma
		622	Zacatecoluca
		706	El Sauce
		716	Santa Rosa de Lima
		819	San Francisco Gotera
		823	Sociedad
		905	Ciudad Barrios
		910	Nueva Guadalupe
		914	San Gerardo
		917	San Miguel
		920	Uluazapa
		1101	Apastepeque
		1104	San Esteban Catarina
		1105	San Ildefonso
		1108	San Vicente
		1111	Tecoluca
		1202	Chalchuapa
		1401	Alegria

Field	Question	1402 Berlín Answer	
		1415	San Agustín
		1418	San Francisco Javier
		1421	Santiago de María
		1422	Tecapán
		1423	Usulután
		995	Otro municipio
WOM_SEP_REF_NAMETO <i>(required)</i>	¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,3)</i>	10101	Hospital Nacional General "Dr. Francisco Menéndez" (Ahuachapán)
		11101	US Especializada Tacuba (Tacuba)
		11102	US Familiar Tacuba (Tacuba)
		11103	US Chaguite (Tacuba)
		11104	US El Jícaro (Tacuba)
		11105	US El Sincuyo (Tacuba)
		11106	US La Escuela El Rodeo (Tacuba)
		11107	US La Magdalena (Tacuba)
		11108	US Las Palmeras (Tacuba)
		11109	US Pandiadura (Tacuba)
		11110	US San Rafael (Tacuba)
		11111	US Valle la Puerta (Tacuba)
		20401	US Especializada Ilobasco (Ilobasco)
		20402	US Familiar Ilobasco (Ilobasco)
		20403	US San Francisco Iraheta (Ilobasco)
		20404	US Potreros (Ilobasco)
		20405	US Huertas (Ilobasco)
		20406	US San José (Ilobasco)
		20407	US Agua Zarca (Ilobasco)
		20408	US Los Llanitos (Ilobasco)
		20409	US Hoyos (Ilobasco)
		20410	US Sitio Viejo (Ilobasco)
		20411	US Cerro Colorado (Ilobasco)
		20412	US San Francisco del Monte (Ilobasco)
		20413	US Maquilishuat (Ilobasco)
		20414	US Maquilishuath El Limón (Ilobasco)
		20415	Hospital Nacional General "Dr. José Luis Saca" (Ilobasco)
		20701	US Especializada Sensuntepeque (Sensuntepeque)

Field	Question	Answer	
			20702 US Familiar Sensuntepeque (Sensuntepeque)
			20703 US San Gregorio (Sensuntepeque)
			20704 US San Nicolás (Sensuntepeque)
			20705 US Rio Grande (Sensuntepeque)
			20706 US San Lorenzo (Sensuntepeque)
			20707 US Copinolapa (Sensuntepeque)
			20708 US Cuyantepeque (Sensuntepeque)
			20709 US Chunte (Sensuntepeque)
			20710 Hospital Nacional General Sensuntepeque (Sensuntepeque)
			30401 Hospital Nacional Chalatenango Dr. Luis Edmundo Vasquez (Chalatenango)
			30801 US Dulce Nombre de Maria (Dulce Nombre De María)
			30802 US Gutierrez (Dulce Nombre De María)
			30803 US Ocotol (Dulce Nombre De María)
			31201 US La Laguna (San Jose La Laguna)
			31202 US San Jose La Laguna (San Jose La Laguna)
			31701 Hospital Nacional Nueva Concepcion (Nueva Concepción)
			31901 US Ojos de Agua (Ojos De Agua)
			31902 US Zapotal (Ojos De Agua)
			32601 US San Ignacio (San Ignacio)
			32602 US El Carmen (San Ignacio)
			32603 US Las Pilas (San Ignacio)
			40201 Hospital Nacional General "Nuestra Señora de Fatima" (Cojutepeque)
			40501 US Monte San Juan (Monte San Juan)
			40502 US San Nicolás (Monte San Juan)
			40503 US Soledad (Monte San Juan)
			40801 US San Cristóbal (San Cristóbal)

Field	Question	Answer	
		40802	US San Antonio (San Cristóbal)
		40803	US La Virgen (San Cristóbal)
		50201	US Chilitiupan (Chilitiupán)
		50202	US Taquillo (Chilitiupán)
		50203	US Termópilas (Chilitiupán)
		51001	Hospital Nacional General "San Rafael" (Santa Tecla)
		60701	US San Antonio Masahuat (San Antonio Masahuat)
		60702	US La Loma (San Antonio Masahuat)
		61901	US Santa María Ostuma (Santa María Ostuma)
		61902	US El Chaperno (Santa María Ostuma)
		61903	US El Carrizal (Santa María Ostuma)
		62201	Hospital Nacional General "Santa Teresa" (Zacatecoluca)
		70601	US El Sauce (El Sauce)
		70602	US Talpetate (El Sauce)
		70603	US Santa Rosita (El Sauce)
		71601	Hospital Nacional General "Santa Rosa de Lima" (Santa Rosa de Lima)
		81901	Hospital Nacional General "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" (San Francisco Gotera)
		82301	US Sociedad (Sociedad)
		82302	US Labranza (Sociedad)
		82303	US Peñón (Sociedad)
		82304	US Animas (Sociedad)
		90501	Hospital Nacional Ciudad Barrios Mons. Oscar Arnulfo Romero (Ciudad Barrios)
		90502	US Especializada Ciudad Barrios (Ciudad Barrios)
		90503	US Familiar Ciudad Barrios (Ciudad Barrios)
		90504	US El Porvenir (Ciudad Barrios)
		90505	US Guanaste (Ciudad Barrios)

Field	Question	Answer	
		90506	US Llano el Ángel (Ciudad Barrios)
		90507	US San Cristobal (Ciudad Barrios)
		90508	US San Matias (Ciudad Barrios)
		91001	Hospital Nacional Nueva Guadalupe (Nueva Guadalupe)
		91401	US San Gerardo (San Gerardo)
		91402	US La Laguna (San Gerardo)
		91403	US San Jeronimo (San Gerardo)
		91701	Hospital Nacional San Miguel San Juan De Dios (San Miguel)
		92001	US Uluazapa (Uluazapa)
		110101	US Apastepeque (Apastepeque)
		110102	US Calderas (Apastepeque)
		110103	US Las Minas (Apastepeque)
		110104	US San Felipe (Apastepeque)
		110105	US San Jacinto (Apastepeque)
		110106	US San Nicolás (Apastepeque)
		110107	US San Pedro (Apastepeque)
		110401	US San Esteban Catarina (San Esteban Catarina)
		110402	US San Jacinto La Burrera (San Esteban Catarina)
		110501	US San Ildefonso (San Ildefonso)
		110502	US Guachipilín (San Ildefonso)
		110503	US San Lorenzo (San Ildefonso)
		110801	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis" (San Vicente)
		111101	US Tecoluca (Tecoluca)
		111102	US Tehuacan (Tecoluca)
		111103	US Llano Grande (Tecoluca)
		111104	US La Esperanza (Tecoluca)
		111105	US Santa Cruz Porrillo (Tecoluca)
		111106	US San Carlos Lempa (Tecoluca)

Field	Question	Answer	
		111107	US Santa Marta (Tecoluca)
		111108	US San Nicolás Lempa (Tecoluca)
		111109	US Santa Cruz Paraíso (Tecoluca)
		111110	US Guajoyo (Tecoluca)
		120201	Hospital Nacional Chalchuapa (Chalchuapa)
		140101	US Alegria (Alegria)
		140102	US Las Casitas (Alegria)
		140103	US El Quebracho (Alegria)
		140104	US El Zapotillo (Alegria)
		140201	US Berlín (Berlín)
		140202	US Berlín 1 (Berlín)
		140203	US Berlín 2 (Berlín)
		140204	US San José (Berlín)
		140205	US Talpetate (Berlín)
		140206	US Virginia (Berlín)
		140207	US San Isidro (Berlín)
		141501	US San Agustín (San Agustín)
		141502	US Eucalipto (San Agustín)
		141503	US Linares Caulotal (San Agustín)
		141801	US San Francisco Javier (San Francisco Javier)
		141802	US Los Hornos (San Francisco Javier)
		141803	US La Cruz (San Francisco Javier)
		142101	Hospital Nacional Santiago De Maria (Santiago de María)
		142201	US Tecapán (Tecapán)
		142202	US Gualache (Tecapán)
		142203	US Chapetones (Tecapán)
		142301	Hospital Nacional Usulután San Pedro (Usulután)
		995	Otra unidad
WOM_SEP_DIS_DATE <i>(required)</i>	Fecha de egreso/referencia/traslado (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,2) or selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,3) or selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,4) or selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,995)</i>		
WOM_SEP_DIS_TIME <i>(required)</i>	Hora de egreso/referencia/traslado (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,2) or selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,3) or selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,4) or selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,995)</i>		
WOM_SEP_DEATH_DATE_SPEC <i>(required)</i>	Fecha de defunción (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,1)</i>		
WOM_SEP_DEATH_TIME_SPEC <i>(required)</i>	Hora de defunción (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i>		

Field	Question	Answer
	Question relevant when: selected(\${WOM_SEP_DISPOSITION} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia Group relevant when: selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} ,"HEM")		
note_hemorrhage_intro	Anote si se registró lo siguiente para el paciente con hemorragia.	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > group_WOM_HEM_CHECK		
WOM_HEM_CHECK	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones.	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CHECK_REG_BP (required)	Presión arterial (PA)	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CHECK_REG_PULS (required)	Pulso	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CHECK_REG_HR (required)	Frecuencia cardiaca (fc)	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CHECK_REG_RESP (required)	Frecuencia respiratoria (fr)	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CHECK_REG_TEMP (required)	Temperatura	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CHECK_REG_CONSC (required)	Estado de conciencia	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CHECK_REG_OTH1	Otro 1	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CHECK_REG_OTH2	Otro 2	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CHECK_REG_OTH3	Otro 3	1 Sí
		0 No
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > Specify other hem checks Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH1} ,1) or selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH2} ,1) or selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH3} ,1)		
WOM_HEM_CHECK_OTH1_NAME	Especifique la otra revisión 1: Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH1} ,1)	
WOM_HEM_CHECK_OTH2_NAME	Especifique la otra revisión 2: Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH2} ,1)	
WOM_HEM_CHECK_OTH3_NAME	Especifique la otra revisión 3: Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH3} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > group_WOM_HEM_CHECK_VALDT_BP Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_BP} ,1)		
note_intro_WOM_HEM_CHECK_VALDT_BP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_BP} ,1)	
note_WOM_HEM_CHECK_VALDT_BP	Presión arterial (PA) Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_BP} ,1)	
WOM_HEM_CHECK_NUM_BP_SYST (required)	Presión arterial (PA) - sistólica: Valor El primer número, eg: ____/ Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_BP} ,1)	
WOM_HEM_CHECK_NUM_BP_DIAS (required)	Presión arterial (PA) - diastólica: Valor El segundo número, eg: ____/ Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_BP} ,1)	
WOM_HEM_CHECK_DATE_BP (required)	Presion arterial (PA): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_BP} ,1)	
WOM_HEM_CHECK_TIME_BP (required)	Presión arterial (PA): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_BP} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > group_WOM_HEM_CHECK_VALDT_PULS Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_PULS} ,1)		
note_intro_WOM_HEM_CHECK_VALDT_PULS	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_PULS} ,1)	
note_WOM_HEM_CHECK_VALDT_PULS	Pulso Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_PULS} ,1)	
WOM_HEM_CHECK_NUM_PULS (required)	Pulso: Valor (por minuto) Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_PULS} ,1)	
WOM_HEM_CHECK_DATE_PULS (required)	Pulso: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró.	

Field	Question	Answer								
	Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_PULS} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_TIME_PULS (required)	Pulso: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_PULS} , 1)									
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > group_WOM_HEM_CHECK_VALDT_HR Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_HR} , 1)										
note_intro_WOM_HEM_CHECK_VALDT_HR	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_HR} , 1)									
note_WOM_HEM_CHECK_VALDT_HR	Frecuencia cardiaca (fc) Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_HR} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_NUM_HR (required)	Frecuencia cardiaca (fc): Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_HR} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_DATE_HR (required)	Frecuencia cardiaca (fc): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_HR} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_TIME_HR (required)	Frecuencia cardiaca (fc): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_HR} , 1)									
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > group_WOM_HEM_CHECK_VALDT_RESP Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_RESP} , 1)										
note_intro_WOM_HEM_CHECK_VALDT_RESP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_RESP} , 1)									
note_WOM_HEM_CHECK_VALDT_RESP	Frecuencia respiratoria (fr) Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_RESP} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_NUM_RESP (required)	Frecuencia respiratoria (fr): Valor (por minuto) Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_RESP} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_DATE_RESP (required)	Frecuencia respiratoria (fr): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_RESP} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_TIME_RESP (required)	Frecuencia respiratoria (fr): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_RESP} , 1)									
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > group_WOM_HEM_CHECK_VALDT_TEMP Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_TEMP} , 1)										
note_intro_WOM_HEM_CHECK_VALDT_TEMP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_TEMP} , 1)									
note_WOM_HEM_CHECK_VALDT_TEMP	Temperatura (T) Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_TEMP} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_NUM_TEMP (required)	Temperatura (T): Value (°C) Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_TEMP} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_DATE_TEMP (required)	Temperatura (T): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_TEMP} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_TIME_TEMP (required)	Temperatura (T): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_TEMP} , 1)									
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > group_WOM_HEM_CHECK_VALDT_CONSC Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_CONSC} , 1)										
note_intro_WOM_HEM_CHECK_VALDT_CONSC	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_CONSC} , 1)									
note_WOM_HEM_CHECK_VALDT_CONSC	Estado de conciencia Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_CONSC} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_NUM_CONSC (required)	Estado de conciencia: Valor Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_CONSC} , 1)	<table><tr><td>1</td><td>Consciente</td></tr><tr><td>0</td><td>Inconsciente</td></tr><tr><td>2</td><td>Otro</td></tr><tr><td>-1</td><td>No registrado</td></tr></table>	1	Consciente	0	Inconsciente	2	Otro	-1	No registrado
1	Consciente									
0	Inconsciente									
2	Otro									
-1	No registrado									
WOM_HEM_CHECK_DATE_CONSC (required)	Estado de conciencia: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_CONSC} , 1)									
WOM_HEM_CHECK_TIME_CONSC (required)	Estado de conciencia: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_CONSC} , 1)									
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > group_WOM_HEM_CHECK_VALDT_OTH1										

Field	Question	Answer
Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH1} , 1)		
note_intro_WOM_HEM_CHECK_VALDT_OTH1	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_HEM_CHECK_OTH1_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH1} , 1)</i>	
WOM_HEM_CHECK_NUM_OTH1	[WOM_HEM_CHECK_OTH1_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH1} , 1)</i>	
WOM_HEM_CHECK_DATE_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_CHECK_OTH1_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH1} , 1)</i>	
WOM_HEM_CHECK_TIME_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_CHECK_OTH1_NAME]: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH1} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > group_WOM_HEM_CHECK_VALDT_OTH2 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>		
note_intro_WOM_HEM_CHECK_VALDT_OTH2	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_HEM_CHECK_OTH2_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>	
WOM_HEM_CHECK_NUM_OTH2	[WOM_HEM_CHECK_OTH2_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>	
WOM_HEM_CHECK_DATE_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_CHECK_OTH2_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>	
WOM_HEM_CHECK_TIME_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_CHECK_OTH2_NAME]: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_CHECK_TOTAL > group_WOM_HEM_CHECK_VALDT_OTH3 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>		
note_intro_WOM_HEM_CHECK_VALDT_OTH3	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_HEM_CHECK_OTH3_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
WOM_HEM_CHECK_NUM_OTH3	[WOM_HEM_CHECK_OTH3_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
WOM_HEM_CHECK_DATE_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_CHECK_OTH3_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
WOM_HEM_CHECK_TIME_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_CHECK_OTH3_NAME]: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL > group_WOM_HEM_LAB		
WOM_HEM_LAB	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio.	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_LAB_REG_PT <i>(required)</i>	Tiempo de protrombina (TP)	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_LAB_REG_PTT <i>(required)</i>	Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_LAB_REG_PLAT <i>(required)</i>	Plaquetas	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_LAB_REG_HGB <i>(required)</i>	Hemoglobina (Hgb o Hb)	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_LAB_REG_HMT <i>(required)</i>	Hematocrito (Hto o Hct)	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_LAB_REG_OTH1	Otro 1	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_LAB_REG_OTH2	Otro 2	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_LAB_REG_OTH3	Otro 3	1 Sí
		0 No
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL > specify other HEM exams <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH1} , 1) or selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH2} , 1) or selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH3} , 1)</i>		
WOM_HEM_LAB_OTH1_NAME	Especifique el otro examen 1: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH1} , 1)</i>	

Field	Question	Answer
WOM_HEM_LAB_OTH2_NAME	Especifique el otro examen 2: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_OTH3_NAME	Especifique el otro examen 3: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL > group_WOM_HEM_LAB_VALDT_PT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PT} ,1)</i>		
note_intro_WOM_HEM_LAB_VALDT_PT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hizo cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PT} ,1)</i>	
note_WOM_HEM_LAB_VALDT_PT	Tiempo de protrombina (TP) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_NUM_PT <i>(required)</i>	Tiempo de protrombina (TP): Valor (segundo) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_DATE_PT <i>(required)</i>	Tiempo de protrombina (TP): Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_TIME_PT <i>(required)</i>	Tiempo de protrombina (TP): Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PT} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL > group_WOM_HEM_LAB_VALDT_PTT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PTT} ,1)</i>		
note_intro_WOM_HEM_LAB_VALDT_PTT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hizo cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PTT} ,1)</i>	
note_WOM_HEM_LAB_VALDT_PTT	Tiempo de tromboplastina parcial (TTP) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PTT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_NUM_PTT <i>(required)</i>	Tiempo de tromboplastina parcial (TTP): Valor (segundo) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PTT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_DATE_PTT <i>(required)</i>	Tiempo de tromboplastina parcial (TTP): Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PTT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_TIME_PTT <i>(required)</i>	Tiempo de tromboplastina parcial (TTP): Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PTT} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL > group_WOM_HEM_LAB_VALDT_PLAT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>		
note_intro_WOM_HEM_LAB_VALDT_PLAT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hizo cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
note_WOM_HEM_LAB_VALDT_PLAT	Plaquetas <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_NUM_PLAT <i>(required)</i>	Plaquetas: Valor (x10 ³ /L) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_DATE_PLAT <i>(required)</i>	Plaquetas: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_TIME_PLAT <i>(required)</i>	Plaquetas: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL > group_WOM_HEM_LAB_VALDT_HGB <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HGB} ,1)</i>		
note_intro_WOM_HEM_LAB_VALDT_HGB	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hizo cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HGB} ,1)</i>	
note_WOM_HEM_LAB_VALDT_HGB	Hemoglobina (Hgb o Hb) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HGB} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_NUM_HGB <i>(required)</i>	Hemoglobina (Hgb o Hb): Valor (g/dL) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HGB} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_DATE_HGB <i>(required)</i>	Hemoglobina (Hgb o Hb): Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HGB} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_TIME_HGB <i>(required)</i>	Hemoglobina (Hgb o Hb): Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HGB} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL > group_WOM_HEM_LAB_VALDT_HMT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HMT} ,1)</i>		
note_intro_WOM_HEM_LAB_VALDT_HMT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hizo cada una.	

Field	Question	Answer
	<i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HMT} ,1)</i>	
note_WOM_HEM_LAB_VALDT_HMT	Hematocrito (Hto o Hct) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HMT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_NUM_HMT <i>(required)</i>	Hematocrito (Hto o Hct): Valor (por minuto) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HMT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_DATE_HMT <i>(required)</i>	Hematocrito (Hto o Hct): Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HMT} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_TIME_HMT <i>(required)</i>	Hematocrito (Hto o Hct): Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_HMT} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL > group_WOM_HEM_LAB_VALDT_OTH1 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>		
note_intro_WOM_HEM_LAB_VALDT_OTH1	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para 'WOM_HEM_LAB_OTH1_NAME'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_NUM_OTH1	[WOM_HEM_LAB_OTH1_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_DATE_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_LAB_OTH1_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_TIME_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_LAB_OTH1_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL > group_WOM_HEM_LAB_VALDT_OTH2 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>		
note_intro_WOM_HEM_LAB_VALDT_OTH2	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para 'WOM_HEM_LAB_OTH2_NAME'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_NUM_OTH2	[WOM_HEM_LAB_OTH2_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_DATE_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_LAB_OTH2_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_TIME_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_LAB_OTH2_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_LAB_TOTAL > group_WOM_HEM_LAB_VALDT_OTH3 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>		
note_intro_WOM_HEM_LAB_VALDT_OTH3	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para 'WOM_HEM_LAB_OTH3_NAME'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_NUM_OTH3	[WOM_HEM_LAB_OTH3_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_DATE_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_LAB_OTH3_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>	
WOM_HEM_LAB_TIME_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_LAB_OTH3_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > GROUP_WOM_HEM_CAUSE		
WOM_HEM_CAUSE_CATEGORIES	Anote la razón de la hemorragia (seleccione todas las que apliquen) <i>Anote todas las opciones que apliquen de acuerdo a lo registrado en el expediente.</i>	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CAUSE_ABORT <i>(required)</i>	Aborto complicado (en general)	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CAUSE_ABORT2 <i>(required)</i>	Aborto incompleto complicado con hemorragia	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CAUSE_ABORT3 <i>(required)</i>	Hemorragia consecutiva al aborto	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CAUSE_RETAIN <i>(required)</i>	Retención total de placenta	1 Sí
		0 No
WOM_HEM_CAUSE_RETAINPART <i>(required)</i>	Retención parcial de placenta	1 Sí

Field	Question	0 No Answer	
WOM_HEM_CAUSE_RESTOS <i>(required)</i>	Restos placentarios o corioplacentarios	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_PLACENT <i>(required)</i>	Acretismo placentario	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_PREVIA <i>(required)</i>	Placenta previa	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_PREVIA2 <i>(required)</i>	Placenta previa con hemorragia	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_PREMATURE <i>(required)</i>	Desprendimiento prematuro de placenta	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_PLACENTA <i>(required)</i>	Desprendimiento de placenta	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE RUPTURE <i>(required)</i>	Ruptura uterina	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE RUPTUREV <i>(required)</i>	Ruptura vaginales	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE RUPTUREC <i>(required)</i>	Ruptura cervicales	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_ATONY <i>(required)</i>	Atonía uterina	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_HIPO <i>(required)</i>	Hipotonía	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_ECTOPIC <i>(required)</i>	Embarazo ectópico	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_ECTOPICROTO <i>(required)</i>	Embarazo ectópico roto	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_DESCERV <i>(required)</i>	Desgarros cervicales	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_DESCANAL <i>(required)</i>	Desgarros de canal vaginal	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_DESVULVO <i>(required)</i>	Desgarros vulvo-perineal	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_INVERSION <i>(required)</i>	Inversión uterina	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_OTRO	Otro	1 Sí	0 No
WOM_HEM_CAUSE_OTH_SPEC	Especifique la otra razón: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_CAUSE_OTRO} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > GROUP_WOM_HEM_PROCEDURES			
WOM_HEM_PROCEDURES_CATEGORIES	Anote si se hicieron los siguientes procedimientos: <i>Anote todas las opciones que apliquen de acuerdo a lo registrado en el expediente.</i>	1 Sí	0 No
WOM_HEM_PROCEDURES_AMEU <i>(required)</i>	Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	1 Sí	0 No
WOM_HEM_PROCEDURES_CAVIDAD <i>(required)</i>	Revisión de cavidad uterina	1 Sí	0 No
WOM_HEM_PROCEDURES_LEGRADO <i>(required)</i>	Legrado instrumental	1 Sí	0 No
WOM_HEM_PROCEDURES_CSEC <i>(required)</i>	Cesárea	1 Sí	0 No
WOM_HEM_PROCEDURES_HIST <i>(required)</i>	Histerectomía	1 Sí	0 No
WOM_HEM_PROCEDURES_LAP <i>(required)</i>	Laparotomía	1 Sí	0 No
WOM_HEM_PROCEDURES_BLYNCH <i>(required)</i>	Sutura di B-Lynch	1 Sí	0 No
WOM_HEM_PROCEDURES_SUTURE2 <i>(required)</i>	Suturas compresivas	1 Sí	0 No
WOM_HEM_PROCEDURES_SUTURE <i>(required)</i>	Sutura	1 Sí	

Field	Question	0 No Answer	
WOM_HEM_PROCEDURES_SURG <i>(required)</i>	Reparación quirúrgica	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_DRENAJE <i>(required)</i>	Drenaje	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_SALPIN <i>(required)</i>	Salpinguectomía	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_MASAJE <i>(required)</i>	Masaje uterina	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_BIMAN <i>(required)</i>	Compresión bimanual	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_AORTA <i>(required)</i>	Compresión de la aorta	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_TAP <i>(required)</i>	Taponamiento uterino	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_BALON <i>(required)</i>	Balón hidrostático	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_MANUAL <i>(required)</i>	Extracción manual (de la placenta)	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_REP <i>(required)</i>	Reposición o restitución del útero con técnicas no quirúrgicas (como maniobra de Johnson) o quirúrgicas (como maniobras de Huntington o de Haultani)	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_HYPOART <i>(required)</i>	Ligadura de la arteria hipogástrica	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_UTART <i>(required)</i>	Ligadura de la arteria uterina	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_OTH	Otro	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_PROCEDURES_OTH_SPEC	Especifique el otro procedimiento: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_PROCEDURES_OTH} ,1)</i>		
WOM_HEM_REPOSITION_SED <i>(required)</i>	¿Le administraron anestesia o sedantes a la usuaria durante la reposición del útero? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_PROCEDURES_REP} ,1)</i>	1	Sí, con analgésicos
		2	Sí, con sedacion
		3	Sí, con anestesia
		0	No
		-1	No registrado
WOM_HEM_REPOSITION_SURG <i>(required)</i>	¿Qué técnica se usó durante la reposición del útero? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_PROCEDURES_REP} ,1)</i>	1	Técnica no quirúrgica (especificar)
		2	Técnica quirúrgica (especificar)
		-1	No registrado
WOM_HEM_REPOSITION_SURG_TEXT <i>(required)</i>	¿Qué técnica no quirúrgica se usó durante la reposición del útero? Técnica no quirúrgica (especificar): <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_REPOSITION_SURG} ,1)</i>		
WOM_HEM_REPOSITION_SURG_TEXT2 <i>(required)</i>	¿Qué técnica quirúrgica se usó durante la reposición del útero? Técnica quirúrgica (especificar): <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_REPOSITION_SURG} ,2)</i>		
WOM_HEM_BLOODLOSS_TEXT <i>(required)</i>	¿Cuánta sangre perdió la usuaria durante la complicación? <i>Introduzca "-1" si no se registró.</i>		
WOM_HEM_BLOODLOSS_QUAL <i>(required)</i>	¿Existe alguna valoración cualitativa sobre la cantidad de sangre perdida?	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_BLOODLOSS_QUAL_TEXT <i>(required)</i>	Por favor anote la valoración cualitativa sobre la cantidad de sangre perdida. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_BLOODLOSS_QUAL} ,1)</i>		
WOM_HEM_TRANS <i>(required)</i>	¿La mujer recibió alguna transfusión de sangre?	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_TRANS_NUM <i>(required)</i>	¿Cuántos mililitros de sangre recibió la mujer? (ml) <i>Introduzca "-1" si no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_TRANS} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED			
WOM_HEM_MED	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos.	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_MED_ADM_OXI <i>(required)</i>	Oxycitocina	1	Sí

Field	Question	0 No Answer	
WOM_HEM_MED_ADM_LACT <i>(required)</i>	Lactato de Ringer	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_MED_ADM_HART <i>(required)</i>	Hartman	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_MED_ADM_SAL <i>(required)</i>	Solución salina	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_MED_ADM_GEN <i>(required)</i>	Gentamicina	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_MED_ADM_MISO <i>(required)</i>	Misoprostol	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_MED_ADM_METR <i>(required)</i>	Metilergonovina	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_MED_ADM_OUT	Otro uterotónico	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_MED_ADM_OME1	Otro medicamento 1	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_MED_ADM_OME2	Otro medicamento 2	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_MED_ADM_OME3	Otro medicamento 3	1	Sí
		0	No
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > Specify other HEM meds <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OUT} ,1) or selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME1} ,1) or selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME2} ,1) or selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME3} ,1)</i>			
WOM_HEM_MED_OUT_NAME	Especifique el otro uterotónico: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OUT} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_OME1_NAME	Especifique el otro medicamento 1: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME1} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_OME2_NAME	Especifique el otro medicamento 2: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME2} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_OME3_NAME	Especifique el otro medicamento 3: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME3} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_OXI <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OXI} ,1)</i>			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_OXI	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OXI} ,1)</i>		
note_WOM_HEM_MED_VALDT_OXI	Oxitocina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OXI} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_DOS_OXI <i>(required)</i>	Oxitocina: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OXI} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_UNIT_OXI <i>(required)</i>	Oxitocina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OXI} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_OXI <i>(required)</i>	Oxitocina: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OXI} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_TIME_OXI <i>(required)</i>	Oxitocina: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OXI} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_LACT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_LACT} ,1)</i>			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_LACT	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_LACT} ,1)</i>		
note_WOM_HEM_MED_VALDT_LACT	Lactato de Ringer <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_LACT} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_DOS_LACT <i>(required)</i>	Lactato de Ringer: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró.		

Field	Question	Answer	
	Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_LACT} , 1)		
WOM_HEM_MED_UNIT_LACT (required)	Lactato de Ringer: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_LACT} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_LACT (required)	Lactato de Ringer: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_LACT} , 1)		
WOM_HEM_MED_TIME_LACT (required)	Lactato de Ringer: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_LACT} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_HART Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_HART} , 1)			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_HART	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_HART} , 1)		
note_WOM_HEM_MED_VALDT_HART	Hartman Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_HART} , 1)		
WOM_HEM_MED_DOS_HART (required)	Hartman: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_HART} , 1)		
WOM_HEM_MED_UNIT_HART (required)	Hartman: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_HART} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_HART (required)	Hartman: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_HART} , 1)		
WOM_HEM_MED_TIME_HART (required)	Hartman: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_HART} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_SAL Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_SAL} , 1)			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_SAL	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_SAL} , 1)		
note_WOM_HEM_MED_VALDT_SAL	Solución salina Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_SAL} , 1)		
WOM_HEM_MED_DOS_SAL (required)	Solución salina: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_SAL} , 1)		
WOM_HEM_MED_UNIT_SAL (required)	Solución salina: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_SAL} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_SAL (required)	Solución salina: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_SAL} , 1)		
WOM_HEM_MED_TIME_SAL (required)	Solución salina: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_SAL} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_GEN Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_GEN} , 1)			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_GEN	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_GEN} , 1)		
note_WOM_HEM_MED_VALDT_GEN	Gentamicina Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_GEN} , 1)		

Field	Question	Answer	
WOM_HEM_MED_DOS_GEN <i>(required)</i>	Gentamicina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_GEN} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_UNIT_GEN <i>(required)</i>	Gentamicina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_GEN} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_GEN <i>(required)</i>	Gentamicina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_GEN} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_TIME_GEN <i>(required)</i>	Gentamicina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_GEN} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_MISO <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_MISO} ,1)</i>			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_MISO	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_MISO} ,1)</i>		
note_WOM_HEM_MED_VALDT_MISO	Misoprostol <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_MISO} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_DOS_MISO <i>(required)</i>	Misoprostol: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_MISO} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_UNIT_MISO <i>(required)</i>	Misoprostol: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_MISO} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_MISO <i>(required)</i>	Misoprostol: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_MISO} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_TIME_MISO <i>(required)</i>	Misoprostol: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_MISO} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_METR <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_METR} ,1)</i>			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_METR	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_METR} ,1)</i>		
note_WOM_HEM_MED_VALDT_METR	Metilergonovina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_METR} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_DOS_METR <i>(required)</i>	Metilergonovina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_METR} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_UNIT_METR <i>(required)</i>	Metilergonovina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_METR} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_METR <i>(required)</i>	Metilergonovina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_METR} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_TIME_METR <i>(required)</i>	Metilergonovina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_METR} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_OUT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OUT} ,1)</i>			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_OUT	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para 'WOM_HEM_MED_OUT_NAME'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OUT} ,1)</i>		

Field	Question	Answer	
WOM_HEM_MED_DOS_OUT <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OUT_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OUT} , 1)</i>		
WOM_HEM_MED_UNIT_OUT <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OUT_NAME]': Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OUT} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_OUT <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OUT_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OUT} , 1)</i>		
WOM_HEM_MED_TIME_OUT <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OUT_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OUT} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_OME1 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME1} , 1)</i>			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_OME1	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_HEM_MED_OME1_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME1} , 1)</i>		
WOM_HEM_MED_DOS_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME1_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME1} , 1)</i>		
WOM_HEM_MED_UNIT_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME1_NAME]': Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME1} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME1_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME1} , 1)</i>		
WOM_HEM_MED_TIME_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME1_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME1} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_OME2 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME2} , 1)</i>			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_OME2	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_HEM_MED_OME2_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME2} , 1)</i>		
WOM_HEM_MED_DOS_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME2_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME2} , 1)</i>		
WOM_HEM_MED_UNIT_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME2_NAME]': Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME2} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME2_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME2} , 1)</i>		
WOM_HEM_MED_TIME_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME2_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME2} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Hemorragia > group_WOM_HEM_MED_TOTAL > group_WOM_HEM_MED_VALDT_OME3 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME3} , 1)</i>			
note_intro_WOM_HEM_MED_VALDT_OME3	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_HEM_MED_OME3_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME3} , 1)</i>		
WOM_HEM_MED_DOS_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME3_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i>		

Field	Question	Answer	
	<i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME3} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_UNIT_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME3_NAME]: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME3} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_HEM_MED_DATE_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME3_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME3} ,1)</i>		
WOM_HEM_MED_TIME_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_HEM_MED_OME3_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_MED_ADM_OME3} ,1)</i>		
WOM_HEM_MEDICATIONS <i>(required)</i>	¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?	1	Sí
		0	No
WOM_HEM_SPECIAL_EVER <i>(required)</i>	¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?	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
WOM_HEM_SPECIAL_TYPE <i>(required)</i>	¿De qué tipo fue la especialista que revisó la usuaria? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_SPECIAL_EVER} ,1) or selected(\${WOM_HEM_SPECIAL_EVER} ,2) or selected(\${WOM_HEM_SPECIAL_EVER} ,995)</i>	1	Obstetra
		2	Ginecólogo
		3	Gineco-obstetra
		4	Cirujano
		995	Otro (especificar):
		-1	No registrado
WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_DATE <i>(required)</i>	Fecha de primera evaluación por la especialista <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_SPECIAL_EVER} ,1) or selected(\${WOM_HEM_SPECIAL_EVER} ,2) or selected(\${WOM_HEM_SPECIAL_EVER} ,995)</i>		
WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_TIME <i>(required)</i>	Hora de primera evaluación por la especialista <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_SPECIAL_EVER} ,1) or selected(\${WOM_HEM_SPECIAL_EVER} ,2) or selected(\${WOM_HEM_SPECIAL_EVER} ,995)</i>		
WOM_HEM_RESULT <i>(required)</i>	Resultado del embarazo	1	Parto vaginal
		2	Cesárea rutina
		3	Cesárea emergencia
		4	Aborto
		995	Otro
		-1	No registrado
WOM_HEM_DISPOSITION <i>(required)</i>	Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:	1	Murió en el hospital
		2	Egresó para su casa
		3	Traslado/referida a otra unidad de médica
		4	Egresó contra las indicaciones médicas
		5	Desconocido
		995	Otra (especificar):
		-1	No registrado
WOM_HEM_RESOLVE_DATE <i>(required)</i>	Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería: <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i>		
WOM_HEM_RESOLVE_TIME <i>(required)</i>	Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería: <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i>		
WOM_HEM_REF_REASTO <i>(required)</i>	Razón por la que fue referida/traslado: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,3)</i>	1	Baja presión arterial
		2	Baja hemoglobina
		3	Sangrado
		4	Loquios
		99	Otro
		DK	No registrado
WOM_HEM_REF_ACCOMTO <i>(required)</i>	¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?	1	Sí, por un médico
		2	Sí, por una enfermera

Field	Question	Answer	
	Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,3)		
		995	Si, por un otro trabajador:
		0	No
		-1	No registrado
WOM_HEM_REF_TYPTO <i>(required)</i>	Tipo de unidad a la cual fue referida/traslado la mujer Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,3)	1	ECOS Familiar (intermedia o básica)
		2	ECOS Especializado
		4	Hospital
		995	Otro (especificar):
		-1	No referido
WOM_HEM_REF_MUNICIPTO <i>(required)</i>	¿A cual municipio fue la unidad? Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,3)	101	Ahuachapán
		111	Tacuba
		204	Ilobasco
		207	Sensuntepeque
		304	Chalatenango
		308	Dulce Nombre De María
		312	San Jose La Laguna
		317	Nueva Concepción
		319	Ojos De Agua
		326	San Ignacio
		402	Cojutepeque
		405	Monte San Juan
		408	San Cristóbal
		502	Chiltiupán
		510	Santa Tecla
		607	San Antonio Masahuat
		619	Santa María Ostuma
		622	Zacatecoluca
		706	El Sauce
		716	Santa Rosa de Lima
		819	San Francisco Gotera
		823	Sociedad
		905	Ciudad Barrios
		910	Nueva Guadalupe
		914	San Gerardo
		917	San Miguel
		920	Uluazapa
		1101	Apastepeque
		1104	San Esteban Catarina
		1105	San Ildefonso
		1108	San Vicente
		1111	Tecoluca
		1202	Chalchuapa
		1401	Alegria
		1402	Berlín
		1415	San Agustín
		1418	San Francisco Javier
		1421	Santiago de María
		1422	Tecapán
		1423	Usulután
		995	Otro municipio
WOM_HEM_REF_NAMETO <i>(required)</i>	¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado? Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,3)	10101	Hospital Nacional General "Dr. Francisco Menéndez" (Ahuachapán)
		11101	US Especializada Tacuba (Tacuba)
		11102	US Familiar Tacuba (Tacuba)
		11103	US Chaguite (Tacuba)
		11104	US El Jícaro (Tacuba)

Field	Question	Answer	
		11105	US El Sincuyo (Tacuba)
		11106	US La Escuela El Rodeo (Tacuba)
		11107	US La Magdalena (Tacuba)
		11108	US Las Palmeras (Tacuba)
		11109	US Pandiadura (Tacuba)
		11110	US San Rafael (Tacuba)
		11111	US Valle la Puerta (Tacuba)
		20401	US Especializada Ilobasco (Ilobasco)
		20402	US Familiar Ilobasco (Ilobasco)
		20403	US San Francisco Iraheta (Ilobasco)
		20404	US Potreros (Ilobasco)
		20405	US Huertas (Ilobasco)
		20406	US San José (Ilobasco)
		20407	US Agua Zarca (Ilobasco)
		20408	US Los Llanitos (Ilobasco)
		20409	US Hoyos (Ilobasco)
		20410	US Sitio Viejo (Ilobasco)
		20411	US Cerro Colorado (Ilobasco)
		20412	US San Francisco del Monte (Ilobasco)
		20413	US Maquilishuat (Ilobasco)
		20414	US Maquilishuath El Limón (Ilobasco)
		20415	Hospital Nacional General "Dr. José Luis Saca" (Ilobasco)
		20701	US Especializada Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		20702	US Familiar Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		20703	US San Gregorio (Sensuntepeque)
		20704	US San Nicolás (Sensuntepeque)
		20705	US Rio Grande (Sensuntepeque)
		20706	US San Lorenzo (Sensuntepeque)
		20707	US Copinolapa (Sensuntepeque)
		20708	US Cuyantepeque (Sensuntepeque)
		20709	US Chunte (Sensuntepeque)

Field	Question	Answer	
		20710	Hospital Nacional General Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		30401	Hospital Nacional Chalatenango Dr. Luis Edmundo Vasquez (Chalatenango)
		30801	US Dulce Nombre de Maria (Dulce Nombre De María)
		30802	US Gutierrez (Dulce Nombre De María)
		30803	US Ocotol (Dulce Nombre De María)
		31201	US La Laguna (San Jose La Laguna)
		31202	US San Jose La Laguna (San Jose La Laguna)
		31701	Hospital Nacional Nueva Concepcion (Nueva Concepción)
		31901	US Ojos de Agua (Ojos De Agua)
		31902	US Zapotal (Ojos De Agua)
		32601	US San Ignacio (San Ignacio)
		32602	US El Carmen (San Ignacio)
		32603	US Las Pilas (San Ignacio)
		40201	Hospital Nacional General "Nuestra Señora de Fatima" (Cojutepeque)
		40501	US Monte San Juan (Monte San Juan)
		40502	US San Nicolás (Monte San Juan)
		40503	US Soledad (Monte San Juan)
		40801	US San Cristóbal (San Cristóbal)
		40802	US San Antonio (San Cristóbal)
		40803	US La Virgen (San Cristóbal)
		50201	US Chiltiupan (Chiltiupán)
		50202	US Taquillo (Chiltiupán)
		50203	US Termópilas (Chiltiupán)
		51001	Hospital Nacional General "San Rafael" (Santa Tecla)
		60701	US San Antonio Masahuat (San Antonio Masahuat)
		60702	US La Loma (San Antonio Masahuat)

Field	Question	Answer	
		61901	US Santa María Ostuma (Santa María Ostuma)
		61902	US El Chaperno (Santa María Ostuma)
		61903	US El Carrizal (Santa María Ostuma)
		62201	Hospital Nacional General "Santa Teresa" (Zacatecoluca)
		70601	US El Sauce (El Sauce)
		70602	US Talpetate (El Sauce)
		70603	US Santa Rosita (El Sauce)
		71601	Hospital Nacional General "Santa Rosa de Lima" (Santa Rosa de Lima)
		81901	Hospital Nacional General "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" (San Francisco Gotera)
		82301	US Sociedad (Sociedad)
		82302	US Labranza (Sociedad)
		82303	US Peñón (Sociedad)
		82304	US Animas (Sociedad)
		90501	Hospital Nacional Ciudad Barrios Mons. Oscar Arnulfo Romero (Ciudad Barrios)
		90502	US Especializada Ciudad Barrios (Ciudad Barrios)
		90503	US Familiar Ciudad Barrios (Ciudad Barrios)
		90504	US El Porvenir (Ciudad Barrios)
		90505	US Guanaste (Ciudad Barrios)
		90506	US Llano el Ángel (Ciudad Barrios)
		90507	US San Cristobal (Ciudad Barrios)
		90508	US San Matias (Ciudad Barrios)
		91001	Hospital Nacional Nueva Guadalupe (Nueva Guadalupe)
		91401	US San Gerardo (San Gerardo)
		91402	US La Laguna (San Gerardo)
		91403	US San Jeronimo (San Gerardo)
		91701	Hospital Nacional San Miguel San Juan De Dios (San Miguel)

Field	Question	Answer	
		92001	US Uluazapa (Uluazapa)
		110101	US Apastepeque (Apastepeque)
		110102	US Calderas (Apastepeque)
		110103	US Las Minas (Apastepeque)
		110104	US San Felipe (Apastepeque)
		110105	US San Jacinto (Apastepeque)
		110106	US San Nicolás (Apastepeque)
		110107	US San Pedro (Apastepeque)
		110401	US San Esteban Catarina (San Esteban Catarina)
		110402	US San Jacinto La Burrera (San Esteban Catarina)
		110501	US San Ildefonso (San Ildefonso)
		110502	US Guachipilín (San Ildefonso)
		110503	US San Lorenzo (San Ildefonso)
		110801	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis" (San Vicente)
		111101	US Tecoluca (Tecoluca)
		111102	US Tehuacan (Tecoluca)
		111103	US Llano Grande (Tecoluca)
		111104	US La Esperanza (Tecoluca)
		111105	US Santa Cruz Porrillo (Tecoluca)
		111106	US San Carlos Lempa (Tecoluca)
		111107	US Santa Marta (Tecoluca)
		111108	US San Nicolás Lempa (Tecoluca)
		111109	US Santa Cruz Paraíso (Tecoluca)
		111110	US Guajoyo (Tecoluca)
		120201	Hospital Nacional Chalchuapa (Chalchuapa)
		140101	US Alegría (Alegría)
		140102	US Las Casitas (Alegría)
		140103	US El Quebracho (Alegría)
		140104	US El Zapotillo (Alegría)
		140201	US Berlín (Berlín)
		140202	US Berlín 1 (Berlín)

Field	Question	Answer	
		140203	US Berlín 2 (Berlín)
		140204	US San José (Berlín)
		140205	US Talpetate (Berlín)
		140206	US Virginia (Berlín)
		140207	US San Isidro (Berlín)
		141501	US San Agustín (San Agustín)
		141502	US Eucalipto (San Agustín)
		141503	US Linares Caulotal (San Agustín)
		141801	US San Francisco Javier (San Francisco Javier)
		141802	US Los Hornos (San Francisco Javier)
		141803	US La Cruz (San Francisco Javier)
		142101	Hospital Nacional Santiago De Maria (Santiago de María)
		142201	US Tecapán (Tecapán)
		142202	US Gualache (Tecapán)
		142203	US Chapetones (Tecapán)
WOM_HEM_DIS_DATE <i>(required)</i>	Fecha de egreso/referencia/traslado (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,2) or selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,3) or selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,4) or selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,995)	995	Otra unidad
WOM_HEM_DIS_TIME_SPEC <i>(required)</i>	Hora de egreso/referencia/traslado (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,2) or selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,3) or selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,4) or selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,995)		
WOM_HEM_DEATH_DATE <i>(required)</i>	Fecha de defunción (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,1)		
WOM_HEM_DEATH_TIME <i>(required)</i>	Hora de defunción (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_HEM_DISPOSITION} ,1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia Group relevant when: selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} , "PRE")			
note_preclampsia_intro	Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con <u>pre-eclampsia</u>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK			
WOM_PRE_CHECK	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones.	1	Sí
		0	No
WOM_PRE_CHECK_REG_BP <i>(required)</i>	Presión arterial (PA)	1	Sí
		0	No
WOM_PRE_CHECK_REG_PAT <i>(required)</i>	Reflejo rotuliano patelar (ROT)	1	Sí
		0	No
WOM_PRE_CHECK_REG_PULS <i>(required)</i>	Pulso	1	Sí
		0	No
WOM_PRE_CHECK_REG_HR <i>(required)</i>	Frecuencia cardiaca (fc)	1	Sí
		0	No
WOM_PRE_CHECK_REG_RESP <i>(required)</i>	Frecuencia respiratoria (fr)	1	Sí
		0	No

Field	Question	Answer		
WOM_PRE_CHECK_REG_TEMP <i>(required)</i>	Temperatura	1	Sí	
		0	No	
WOM_PRE_CHECK_REG_SEIZ <i>(required)</i>	Convulsiones	1	Sí	
		0	No	
WOM_PRE_CHECK_REG_REF <i>(required)</i>	Reflejo	1	Sí	
		0	No	
WOM_PRE_CHECK_REG_OLI <i>(required)</i>	Oliguria	1	Sí	
		0	No	
WOM_PRE_CHECK_REG_OTH1	Otro 1	1	Sí	
		0	No	
WOM_PRE_CHECK_REG_OTH2	Otro 2	1	Sí	
		0	No	
WOM_PRE_CHECK_REG_OTH3	Otro 3	1	Sí	
		0	No	
WOM_PRE_CHECK_REG_OTH4	Otro 4	1	Sí	
		0	No	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > Specify other PRE checks Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH1} ,1) or selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH2} ,1) or selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH3} ,1) or selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH4} ,1)				
WOM_PRE_CHECK_OTH1_NAME	Especifique la otra revisión 1: Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH1} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_OTH2_NAME	Especifique la otra revisión 2: Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH2} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_OTH3_NAME	Especifique la otra revisión 3: Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH3} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_OTH4_NAME	Especifique la otra revisión 4: Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH4} ,1)			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_BP Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_BP} ,1)				
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_BP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_BP} ,1)			
note_WOM_PRE_CHECK_VALDT_BP	Presión arterial (PA) Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_BP} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_NUM_BP_SYST <i>(required)</i>	Presión arterial (PA) - sistólica: Valor El primer número, eg: ____/ Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_BP} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_NUM_BP_DIAS <i>(required)</i>	Presión arterial (PA) - diastólica: Valor El segundo número, eg: ____/ Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_BP} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_DATE_BP <i>(required)</i>	Presión arterial (PA): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_BP} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_TIME_BP <i>(required)</i>	Presión arterial (PA): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_BP} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_BP_110	¿La presión arterial diastólica superó en cualquier momento 110?	1	Sí	
		0	No	
		-1	No registrado	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_PAT Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PAT} ,1)				
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_PAT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PAT} ,1)			
note_WOM_PRE_CHECK_VALDT_PAT	Reflejo rotuliano patelar (ROT) Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PAT} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_NUM_PAT <i>(required)</i>	Reflejo rotuliano patelar (ROT): Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PAT} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_DATE_PAT <i>(required)</i>	Reflejo rotuliano patelar (ROT): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PAT} ,1)			
WOM_PRE_CHECK_TIME_PAT <i>(required)</i>	Reflejo rotuliano patelar (ROT): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PAT} ,1)			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_PULS				

Field	Question	Answer
Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PULS} ,1)		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_PULS	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PULS} ,1)	
note_WOM_PRE_CHECK_VALDT_PULS	Pulso Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PULS} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_NUM_PULS (required)	Pulso: Valor (por minuto) Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PULS} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_DATE_PULS (required)	Pulso: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PULS} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_TIME_PULS (required)	Pulso: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_PULS} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_HR Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_HR} ,1)		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_HR	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_HR} ,1)	
note_WOM_PRE_CHECK_VALDT_HR	Frecuencia cardiaca (fc) Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_HR} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_NUM_HR (required)	Frecuencia cardiaca (fc): Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_HR} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_DATE_HR (required)	Frecuencia cardiaca (fc): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_HR} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_TIME_HR (required)	Frecuencia cardiaca (fc): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_HR} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_RESP Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_RESP} ,1)		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_RESP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_RESP} ,1)	
note_WOM_PRE_CHECK_VALDT_RESP	Frecuencia respiratoria (fr) Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_RESP} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_NUM_RESP (required)	Frecuencia respiratoria (fr): Valor (por minuto) Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_RESP} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_DATE_RESP (required)	Frecuencia respiratoria (fr): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_RESP} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_TIME_RESP (required)	Frecuencia respiratoria (fr): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_RESP} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_TEMP Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_TEMP} ,1)		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_TEMP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_TEMP} ,1)	
note_WOM_PRE_CHECK_VALDT_TEMP	Temperatura Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_TEMP} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_NUM_TEMP (required)	Temperatura: Valor (°C) Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_TEMP} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_DATE_TEMP (required)	Temperatura: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_TEMP} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_TIME_TEMP (required)	Temperatura: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_TEMP} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_SEIZ Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_SEIZ} ,1)		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_SEIZ	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_SEIZ} ,1)	
note_WOM_PRE_CHECK_VALDT_SEIZ	Convulsiones Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_SEIZ} ,1)	
WOM_PRE_CHECK_DATE_SEIZ (required)	Convulsiones: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró.	

Field	Question	Answer
	<i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_SEIZ} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_TIME_SEIZ <i>(required)</i>	Convulsiones: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_SEIZ} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_REF <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_SEIZ} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_REF	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_SEIZ} , 1)</i>	
note_WOM_PRE_CHECK_VALDT_REF	Reflejo <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_REF} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_DATE_REF <i>(required)</i>	Reflejo: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_REF} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_TIME_REF <i>(required)</i>	Reflejo: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_REF} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OLI <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OLI} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OLI	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OLI} , 1)</i>	
note_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OLI	Oliguria <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OLI} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_DATE_OLI <i>(required)</i>	Oliguria: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OLI} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_TIME_OLI <i>(required)</i>	Oliguria: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OLI} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OTH1 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH1} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OTH1	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_PRE_CHECK_OTH1_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH1} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_NUM_OTH1	[WOM_PRE_CHECK_OTH1_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH1} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_DATE_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_CHECK_OTH1_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH1} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_TIME_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_CHECK_OTH1_NAME]: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH1} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OTH2 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OTH2	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_PRE_CHECK_OTH2_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_NUM_OTH2	[WOM_PRE_CHECK_OTH2_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_DATE_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_CHECK_OTH2_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_TIME_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_CHECK_OTH2_NAME]: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH2} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OTH3 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OTH3	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_PRE_CHECK_OTH3_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_NUM_OTH3	[WOM_PRE_CHECK_OTH3_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_DATE_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_CHECK_OTH3_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	

Field	Question	Answer
WOM_PRE_CHECK_TIME_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_CHECK_OTH3_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH3} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_CHECK_TOTAL > group_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OTH4 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH4} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_CHECK_VALDT_OTH4	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_PRE_CHECK_OTH4_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH4} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_NUM_OTH4	[WOM_PRE_CHECK_OTH4_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH4} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_DATE_OTH4 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_CHECK_OTH4_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH4} , 1)</i>	
WOM_PRE_CHECK_TIME_OTH4 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_CHECK_OTH4_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_CHECK_REG_OTH4} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB		
WOM_PRE_LAB	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio.	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_ASP <i>(required)</i>	Aspartato aminotransferasa	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_ALA <i>(required)</i>	Alanina-aminotransferasa	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_LAC <i>(required)</i>	Deshidrogenasa láctica	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_CREAT <i>(required)</i>	Creatinina	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_ACID <i>(required)</i>	Ácido úrico	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_TGO <i>(required)</i>	Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT)	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_TGP <i>(required)</i>	Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT)	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_PROT <i>(required)</i>	Proteína en orina (proteinuria)	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_OTH1	Otro 1	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_OTH2	Otro 2	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_OTH3	Otro 3	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_LAB_REG_OTH4	Otro 4	1 Sí
		0 No
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > Specify other PRE labs <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH1} , 1) or selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH2} , 1) or selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH3} , 1) or selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH4} , 1)</i>		
WOM_PRE_LAB_OTH1_NAME	Especifique el otro examen 1: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH1} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_OTH2_NAME	Especifique el otro examen 2: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH2} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_OTH3_NAME	Especifique el otro examen 3: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH3} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_OTH4_NAME	Especifique el otro examen 4: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH4} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_PLAT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_PLAT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>	

Field	Question	Answer
note_WOM_PRE_LAB_VALDT_PLAT	Recuento de plaquetas <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_NUM_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas: Valor (x10 ³ /L) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_DATE_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_TIME_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_ASP <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ASP} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_ASP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ASP} , 1)</i>	
note_WOM_PRE_LAB_VALDT_ASP	Aspartato aminotransferasa o Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ASP} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_NUM_ASP <i>(required)</i>	Aspartato aminotransferasa: Valor (U/liter) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ASP} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_DATE_ASP <i>(required)</i>	Aspartato aminotransferasa: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ASP} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_TIME_ASP <i>(required)</i>	Aspartato aminotransferasa: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ASP} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_ALA <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ALA} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_ALA	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ALA} , 1)</i>	
note_WOM_PRE_LAB_VALDT_ALA	Alanina-aminotransferasa o Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ALA} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_NUM_ALA <i>(required)</i>	Alanina-aminotransferasa: Valor (U/liter) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ALA} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_DATE_ALA <i>(required)</i>	Alanina-aminotransferasa o Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT): Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ALA} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_TIME_ALA <i>(required)</i>	Alanina-aminotransferasa o Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT): Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ALA} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_LAC <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_LAC} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_LAC	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_LAC} , 1)</i>	
note_WOM_PRE_LAB_VALDT_LAC	Deshidrogenasa láctica <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_LAC} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_NUM_LAC <i>(required)</i>	Deshidrogenasa láctica: Valor (U/Liter) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_LAC} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_DATE_LAC <i>(required)</i>	Deshidrogenasa láctica: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_LAC} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_TIME_LAC <i>(required)</i>	Deshidrogenasa láctica: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_LAC} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_CREAT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_CREAT} , 1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_CREAT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_CREAT} , 1)</i>	
note_WOM_PRE_LAB_VALDT_CREAT	Creatinina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_CREAT} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_NUM_CREAT <i>(required)</i>	Creatinina: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_CREAT} , 1)</i>	
WOM_PRE_LAB_DATE_CREAT <i>(required)</i>	Creatinina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i>	

Field	Question	Answer				
	Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_CREAT} , 1)					
WOM_PRE_LAB_TIME_CREAT (required)	Creatinina: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_CREAT} , 1)					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_ACID Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ACID} , 1)						
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_ACID	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ACID} , 1)					
note_WOM_PRE_LAB_VALDT_ACID	Ácido úrico Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ACID} , 1)					
WOM_PRE_LAB_NUM_ACID (required)	Ácido úrico: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ACID} , 1)					
WOM_PRE_LAB_DATE_ACID (required)	Ácido úrico: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ACID} , 1)					
WOM_PRE_LAB_TIME_ACID (required)	Ácido úrico: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_ACID} , 1)					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_TGO Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_CREAT} , 1)						
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_TGO	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGO} , 1)					
note_WOM_PRE_LAB_VALDT_TGO	Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT) Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGO} , 1)					
WOM_PRE_LAB_NUM_TGO (required)	Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT): Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGO} , 1)					
WOM_PRE_LAB_DATE_TGO (required)	Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGO} , 1)					
WOM_PRE_LAB_TIME_TGO (required)	Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGO} , 1)					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_TGP Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGP} , 1)						
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_TGP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGP} , 1)					
note_WOM_PRE_LAB_VALDT_TGP	Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT) Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGP} , 1)					
WOM_PRE_LAB_NUM_TGP (required)	Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT): Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGP} , 1)					
WOM_PRE_LAB_DATE_TGP (required)	Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGP} , 1)					
WOM_PRE_LAB_TIME_TGP (required)	Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_TGP} , 1)					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_PROT Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PROT} , 1)						
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_PROT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PROT} , 1)					
note_WOM_PRE_LAB_VALDT_PROT	Proteína en orina (proteinuria) Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PROT} , 1)					
WOM_PRE_LAB_NEG_PROT	Proteína en orina (proteinuria): Negativo Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PROT} , 1)	<table><tr><td>1</td><td>Sí</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Sí	0	No
1	Sí					
0	No					
WOM_PRE_LAB_POSNUM_PROT	Proteína en orina (proteinuria) Número de + Introduzca "-1" si el número de + no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PROT} , 1)					

Field	Question	Answer
WOM_PRE_LAB_NUM_PROT <i>(required)</i>	Proteína en orina (proteinuria) Valor (g/día) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PROT} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_DATE_PROT <i>(required)</i>	Proteína en orina (proteinuria): Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PROT} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_TIME_PROT <i>(required)</i>	Proteína en orina (proteinuria): Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_PROT} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_OTH1 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_OTH1	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_PRE_LAB_OTH1_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_NUM_OTH1	[WOM_PRE_LAB_OTH1_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_DATE_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_LAB_OTH1_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_TIME_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_LAB_OTH1_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_OTH2 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_OTH2	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_PRE_LAB_OTH2_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_NUM_OTH2	[WOM_PRE_LAB_OTH2_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_DATE_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_LAB_OTH2_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_TIME_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_LAB_OTH2_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_OTH3 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_OTH3	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_PRE_LAB_OTH3_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_NUM_OTH3	[WOM_PRE_LAB_OTH3_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_DATE_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_LAB_OTH3_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_TIME_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_LAB_OTH3_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_LAB_TOTAL > group_WOM_PRE_LAB_VALDT_OTH4 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH4} ,1)</i>		
note_intro_WOM_PRE_LAB_VALDT_OTH4	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_PRE_LAB_OTH4_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH4} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_NUM_OTH4	[WOM_PRE_LAB_OTH4_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH4} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_DATE_OTH4 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_LAB_OTH4_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH4} ,1)</i>	
WOM_PRE_LAB_TIME_OTH4 <i>(required)</i>	[WOM_PRE_LAB_OTH4_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_LAB_REG_OTH4} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL		

Field	Question	Answer
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED		
WOM_PRE_MED	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos.	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_MGS <i>(required)</i>	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4)	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_HID <i>(required)</i>	Hidralazina	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_NIF <i>(required)</i>	Nifedipina	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_BET <i>(required)</i>	Betametasona	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_DEX <i>(required)</i>	Dexametasona	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_SAL <i>(required)</i>	Solución salina	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_LACT <i>(required)</i>	Lactato de ringer	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_HART <i>(required)</i>	Hartman	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_LOL <i>(required)</i>	Labetatlol	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_OAH	Otro antihipertensivo	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_OME1	Otro medicamento 1	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_OME2	Otro medicamento 2	1 Sí
		0 No
WOM_PRE_MED_ADM_OME3	Otro medicamento 3	1 Sí
		0 No
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > Specify other PRE meds Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME1} , 1) or selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME2} , 1) or selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME3} , 1) or selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OAH} , 1)		
WOM_PRE_MED_OAH_NAME	Especifique el otro antihipertensivo: Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OAH} , 1)	
WOM_PRE_MED_OME1_NAME	Especifique el otro medicamento 1: Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME1} , 1)	
WOM_PRE_MED_OME2_NAME	Especifique el otro medicamento 2: Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME2} , 1)	
WOM_PRE_MED_OME3_NAME	Especifique el otro medicamento 3: Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME3} , 1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Eligible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_MGS Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_MGS} , 1)		
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_MGS	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_MGS} , 1)	
note_WOM_PRE_MED_VALDT_MGS	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4) Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_MGS} , 1)	
WOM_PRE_MED_DOS_MGS <i>(required)</i>	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4): Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_MGS} , 1)	
WOM_PRE_MED_UNIT_MGS <i>(required)</i>	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4): Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_MGS} , 1)	1 mg/kg
		2 mg
		3 g
		4 UI
		5 cc
		6 mL
		7 mcg
WOM_PRE_MED_DATE_MGS <i>(required)</i>	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_MGS} , 1)	
WOM_PRE_MED_TIME_MGS <i>(required)</i>	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no se registró.	

Field	Question	Answer	
	Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_MGS} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_HID Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HID} , 1)			
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_HID	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HID} , 1)		
note_WOM_PRE_MED_VALDT_HID	Hidralazina Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HID} , 1)		
WOM_PRE_MED_DOS_HID (required)	Hidralazina: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HID} , 1)		
WOM_PRE_MED_UNIT_HID (required)	Hidralazina: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HID} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_PRE_MED_DATE_HID (required)	Hidralazina: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HID} , 1)		
WOM_PRE_MED_TIME_HID (required)	Hidralazina: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HID} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_NIF Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_NIF} , 1)			
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_NIF	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_NIF} , 1)		
note_WOM_PRE_MED_VALDT_NIF	Nifedipina Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_NIF} , 1)		
WOM_PRE_MED_DOS_NIF (required)	Nifedipina: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_NIF} , 1)		
WOM_PRE_MED_UNIT_NIF (required)	Nifedipina: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_NIF} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_PRE_MED_DATE_NIF (required)	Nifedipina: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_NIF} , 1)		
WOM_PRE_MED_TIME_NIF (required)	Nifedipina: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_NIF} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_BET Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_BET} , 1)			
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_BET	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_BET} , 1)		
note_WOM_PRE_MED_VALDT_BET	Betametasona Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_BET} , 1)		
WOM_PRE_MED_DOS_BET (required)	Betametasona: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_BET} , 1)		
WOM_PRE_MED_UNIT_BET (required)	Betametasona: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_BET} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_PRE_MED_DATE_BET (required)	Betametasona: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_BET} , 1)		

Field	Question	Answer	
WOM_PRE_MED_TIME_BET <i>(required)</i>	Betametasona: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_BET} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_DEX <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_DEX} ,1)</i>			
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_DEX	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_DEX} ,1)</i>		
note_WOM_PRE_MED_VALDT_DEX	Dexametasona <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_DEX} ,1)</i>		
WOM_PRE_MED_DOS_DEX <i>(required)</i>	Dexametasona: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_DEX} ,1)</i>		
WOM_PRE_MED_UNIT_DEX <i>(required)</i>	Dexametasona: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_DEX} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_PRE_MED_DATE_DEX <i>(required)</i>	Dexametasona: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_DEX} ,1)</i>		
WOM_PRE_MED_TIME_DEX <i>(required)</i>	Dexametasona: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_DEX} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_SAL <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_SAL} ,1)</i>			
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_SAL	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_SAL} ,1)</i>		
note_WOM_PRE_MED_VALDT_SAL	Solución salina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_SAL} ,1)</i>		
WOM_PRE_MED_DOS_SAL <i>(required)</i>	Solución salina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_SAL} ,1)</i>		
WOM_PRE_MED_UNIT_SAL <i>(required)</i>	Solución salina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_SAL} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_PRE_MED_DATE_SAL <i>(required)</i>	Solución salina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_SAL} ,1)</i>		
WOM_PRE_MED_TIME_SAL <i>(required)</i>	Solución salina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_SAL} ,1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_LACT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LACT} ,1)</i>			
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_LACT	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LACT} ,1)</i>		
note_WOM_PRE_MED_VALDT_LACT	Lactato de ringer <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LACT} ,1)</i>		
WOM_PRE_MED_DOS_LACT <i>(required)</i>	Lactato de ringer: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LACT} ,1)</i>		
WOM_PRE_MED_UNIT_LACT <i>(required)</i>	Lactato de ringer: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LACT} ,1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_PRE_MED_DATE_LACT <i>(required)</i>	Lactato de ringer: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i>		

Field	Question	Answer	
	Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LACT} , 1)		
WOM_PRE_MED_TIME_LACT (required)	Lactato de ringer: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LACT} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_HART Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HART} , 1)			
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_HART	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HART} , 1)		
note_WOM_PRE_MED_VALDT_HART	Hartman Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HART} , 1)		
WOM_PRE_MED_DOS_HART (required)	Hartman: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HART} , 1)		
WOM_PRE_MED_UNIT_HART (required)	Hartman: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HART} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_PRE_MED_DATE_HART (required)	Hartman: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HART} , 1)		
WOM_PRE_MED_TIME_HART (required)	Hartman: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_HART} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_LOL Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LOL} , 1)			
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_LOL	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LOL} , 1)		
note_WOM_PRE_MED_VALDT_LOL	Labetatlol Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LOL} , 1)		
WOM_PRE_MED_DOS_LOL (required)	Labetatlol: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LOL} , 1)		
WOM_PRE_MED_UNIT_LOL (required)	Labetatlol: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LOL} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_PRE_MED_DATE_LOL (required)	Labetatlol: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LOL} , 1)		
WOM_PRE_MED_TIME_LOL (required)	Labetatlol: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_LOL} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_OAH Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OAH} , 1)			
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_OAH	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para [WOM_PRE_MED_OAH_NAME]. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OAH} , 1)		
WOM_PRE_MED_DOS_OAH (required)	[WOM_PRE_MED_OAH_NAME]: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OAH} , 1)		
WOM_PRE_MED_UNIT_OAH (required)	[WOM_PRE_MED_OAH_NAME]: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OAH} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_PRE_MED_DATE_OAH (required)	[WOM_PRE_MED_OAH_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró.		

Field	Question	Answer
	Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OAH} , 1)	
WOM_PRE_MED_TIME_OAH (required)	[WOM_PRE_MED_OAH_NAME]': Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OAH} , 1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_OME1 Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME1} , 1)		
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_OME1	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_PRE_MED_OME1_NAME]'. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME1} , 1)	
WOM_PRE_MED_DOS_OME1 (required)	[WOM_PRE_MED_OME1_NAME]': Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME1} , 1)	
WOM_PRE_MED_UNIT_OME1 (required)	[WOM_PRE_MED_OME1_NAME]': Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME1} , 1)	<div><div>1</div>mg/kg</div> <div><div>2</div>mg</div> <div><div>3</div>g</div> <div><div>4</div>UI</div> <div><div>5</div>cc</div> <div><div>6</div>mL</div> <div><div>7</div>mcg</div>
WOM_PRE_MED_DATE_OME1 (required)	[WOM_PRE_MED_OME1_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME1} , 1)	
WOM_PRE_MED_TIME_OME1 (required)	[WOM_PRE_MED_OME1_NAME]': Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME1} , 1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_OME2 Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME2} , 1)		
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_OME2	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_PRE_MED_OME2_NAME]'. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME2} , 1)	
WOM_PRE_MED_DOS_OME2 (required)	[WOM_PRE_MED_OME2_NAME]': Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME2} , 1)	
WOM_PRE_MED_UNIT_OME2 (required)	[WOM_PRE_MED_OME2_NAME]': Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME2} , 1)	<div><div>1</div>mg/kg</div> <div><div>2</div>mg</div> <div><div>3</div>g</div> <div><div>4</div>UI</div> <div><div>5</div>cc</div> <div><div>6</div>mL</div> <div><div>7</div>mcg</div>
WOM_PRE_MED_DATE_OME2 (required)	[WOM_PRE_MED_OME2_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME2} , 1)	
WOM_PRE_MED_TIME_OME2 (required)	[WOM_PRE_MED_OME2_NAME]': Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME2} , 1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Pre-eclampsia > group_WOM_PRE_MED_TOTAL > group_WOM_PRE_MED_VALDT_OME3 Group relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME3} , 1)		
note_intro_WOM_PRE_MED_VALDT_OME3	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_PRE_MED_OME3_NAME]'. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME3} , 1)	
WOM_PRE_MED_DOS_OME3 (required)	[WOM_PRE_MED_OME3_NAME]': Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME3} , 1)	
WOM_PRE_MED_UNIT_OME3 (required)	[WOM_PRE_MED_OME3_NAME]': Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME3} , 1)	<div><div>1</div>mg/kg</div> <div><div>2</div>mg</div> <div><div>3</div>g</div> <div><div>4</div>UI</div> <div><div>5</div>cc</div> <div><div>6</div>mL</div> <div><div>7</div>mcg</div>
WOM_PRE_MED_DATE_OME3 (required)	[WOM_PRE_MED_OME3_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME3} , 1)	
WOM_PRE_MED_TIME_OME3 (required)	[WOM_PRE_MED_OME3_NAME]': Hora (HH:MM)	

Field	Question	Answer	
	<p>Introduzca "-1" si la hora no se registró.</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_MED_ADM_OME3} , 1)</p>		
WOM_PRE_MEDICATIONS <i>(required)</i>	¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?	1	Sí
		0	No
WOM_PRE_SPECIAL_EVER <i>(required)</i>	¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?	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
WOM_PRE_SPECIAL_TYPE <i>(required)</i>	<p>¿De qué tipo fue la especialista que revisó la usuaria?</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_SPECIAL_EVER} , 1) or selected(\${WOM_PRE_SPECIAL_EVER} , 2) or selected(\${WOM_PRE_SPECIAL_EVER} , 995)</p>	1	Obstetra
		2	Ginecólogo
		3	Gineco-obstetra
		4	Cirujano
		995	Otro (especificar):
		-1	No registrado
WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_DATE <i>(required)</i>	<p>Fecha de primera evaluación por la especialista</p> <p>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_SPECIAL_EVER} , 1) or selected(\${WOM_PRE_SPECIAL_EVER} , 2) or selected(\${WOM_PRE_SPECIAL_EVER} , 995)</p>		
WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_TIME <i>(required)</i>	<p>Hora de primera evaluación por la especialista</p> <p>Introduzca "-1" si la hora no se registró.</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_SPECIAL_EVER} , 1) or selected(\${WOM_PRE_SPECIAL_EVER} , 2) or selected(\${WOM_PRE_SPECIAL_EVER} , 995)</p>		
WOM_PRE_RESULT <i>(required)</i>	Resultado del embarazo:	1	Cesárea
		2	Parto vaginal
		995	Otro
		-1	No registrado
WOM_PRE_RESULT_CSECT <i>(required)</i>	<p>Especifique el tipo de cesárea</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_RESULT} , 1)</p>	1	Cesárea de emergencia
		2	Cesárea electiva
		-1	No registrado
WOM_PRE_DISPOSITION <i>(required)</i>	Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:	1	Murió en el hospital
		2	Egresó para su casa
		3	Traslado/referida a otra unidad de médica
		4	Egresó contra las indicaciones médicas
		5	Desconocido
		995	Otra (especificar):
		-1	No registrado
WOM_PRE_RESOLVE_DATE <i>(required)</i>	<p>Fecha de cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:</p> <p>(DD/MM/AAAA)</p> <p>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</p>		
WOM_PRE_RESOLVE_TIME <i>(required)</i>	<p>Hora de Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería:</p> <p>(HH:MM)</p> <p>Introduzca "-1" si la hora no se registró.</p>		
WOM_PRE_REF_REASTO <i>(required)</i>	<p>Razón por la que fue referida/traslado</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} , 3)</p>	1	Presión arterial alta
		2	Proteinuria
		3	Sangrado
		4	Lochia
		5	Convulsiones
		99	Otro
		DK	No registrado
WOM_PRE_REF_ACCOMTO <i>(required)</i>	<p>¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} , 3)</p>	1	Si, por un médico
		2	Si, por una enfermera
		995	Si, por un otro trabajador:
		0	No
		-1	No registrado
WOM_PRE_REF_TYPTETO <i>(required)</i>	<p>Tipo de unidad a la cual fue referida/traslado la mujer</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} , 3)</p>	1	ECOS Familiar (intermedia o básica)
		2	ECOS Especializado
		4	Hospital

Field	Question	995 Otro (especificar): Answer	
		-1	No referido
WOM_PRE_REF_MUNICIPTO <i>(required)</i>	¿A cual municipio fue la unidad? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,3)</i>	101	Ahuachapán
		111	Tacuba
		204	Ilobasco
		207	Sensuntepeque
		304	Chalatenango
		308	Dulce Nombre De María
		312	San Jose La Laguna
		317	Nueva Concepción
		319	Ojos De Agua
		326	San Ignacio
		402	Cojutepeque
		405	Monte San Juan
		408	San Cristóbal
		502	Chiltiupán
		510	Santa Tecla
		607	San Antonio Masahuat
		619	Santa María Ostuma
		622	Zacatecoluca
		706	El Sauce
		716	Santa Rosa de Lima
		819	San Francisco Gotera
		823	Sociedad
		905	Ciudad Barrios
		910	Nueva Guadalupe
		914	San Gerardo
		917	San Miguel
		920	Uluazapa
		1101	Apastepeque
		1104	San Esteban Catarina
		1105	San Ildefonso
		1108	San Vicente
		1111	Tecoluca
		1202	Chalchuapa
		1401	Alegría
		1402	Berlín
		1415	San Agustín
		1418	San Francisco Javier
		1421	Santiago de María
		1422	Tecapán
		1423	Usulután
		995	Otro municipio
WOM_PRE_REF_NAME TO <i>(required)</i>	¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,'3')</i>	10101	Hospital Nacional General "Dr. Francisco Menéndez" (Ahuachapán)
		11101	US Especializada Tacuba (Tacuba)
		11102	US Familiar Tacuba (Tacuba)
		11103	US Chaguite (Tacuba)
		11104	US El Jícaro (Tacuba)
		11105	US El Sincuyo (Tacuba)
		11106	US La Escuela El Rodeo (Tacuba)
		11107	US La Magdalena (Tacuba)
		11108	US Las Palmeras (Tacuba)

Field	Question	Answer	
		11109	US Pandiadura (Tacuba)
		11110	US San Rafael (Tacuba)
		11111	US Valle la Puerta (Tacuba)
		20401	US Especializada Ilobasco (Ilobasco)
		20402	US Familiar Ilobasco (Ilobasco)
		20403	US San Francisco Iraheta (Ilobasco)
		20404	US Potreros (Ilobasco)
		20405	US Huertas (Ilobasco)
		20406	US San José (Ilobasco)
		20407	US Agua Zarca (Ilobasco)
		20408	US Los Llanitos (Ilobasco)
		20409	US Hoyos (Ilobasco)
		20410	US Sitio Viejo (Ilobasco)
		20411	US Cerro Colorado (Ilobasco)
		20412	US San Francisco del Monte (Ilobasco)
		20413	US Maquillishuat (Ilobasco)
		20414	US Maquillishuath El Limón (Ilobasco)
		20415	Hospital Nacional General "Dr. José Luis Saca" (Ilobasco)
		20701	US Especializada Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		20702	US Familiar Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		20703	US San Gregorio (Sensuntepeque)
		20704	US San Nicolás (Sensuntepeque)
		20705	US Rio Grande (Sensuntepeque)
		20706	US San Lorenzo (Sensuntepeque)
		20707	US Copinolapa (Sensuntepeque)
		20708	US Cuyantepeque (Sensuntepeque)
		20709	US Chunte (Sensuntepeque)
		20710	Hospital Nacional General Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		30401	Hospital Nacional Chalatenango Dr. Luis Edmundo Vasquez (Chalatenango)

Field	Question	Answer		
			30801	US Dulce Nombre de Maria (Dulce Nombre De María)
			30802	US Gutierrez (Dulce Nombre De María)
			30803	US Ocotol (Dulce Nombre De María)
			31201	US La Laguna (San Jose La Laguna)
			31202	US San Jose La Laguna (San Jose La Laguna)
			31701	Hospital Nacional Nueva Concepcion (Nueva Concepción)
			31901	US Ojos de Agua (Ojos De Agua)
			31902	US Zapotal (Ojos De Agua)
			32601	US San Ignacio (San Ignacio)
			32602	US El Carmen (San Ignacio)
			32603	US Las Pilas (San Ignacio)
			40201	Hospital Nacional General "Nuestra Señora de Fatima" (Cojutepeque)
			40501	US Monte San Juan (Monte San Juan)
			40502	US San Nicolás (Monte San Juan)
			40503	US Soledad (Monte San Juan)
			40801	US San Cristóbal (San Cristóbal)
			40802	US San Antonio (San Cristóbal)
			40803	US La Virgen (San Cristóbal)
			50201	US Chiltiupan (Chiltiupán)
			50202	US Taquillo (Chiltiupán)
			50203	US Termópilas (Chiltiupán)
			51001	Hospital Nacional General "San Rafael" (Santa Tecla)
			60701	US San Antonio Masahuat (San Antonio Masahuat)
			60702	US La Loma (San Antonio Masahuat)
			61901	US Santa María Ostuma (Santa María Ostuma)
			61902	US El Chaperno (Santa María Ostuma)
			61903	US El Carrizal (Santa María Ostuma)

Field	Question	Answer	
		62201	Hospital Nacional General "Santa Teresa" (Zacatecoluca)
		70601	US El Sauce (El Sauce)
		70602	US Talpetate (El Sauce)
		70603	US Santa Rosita (El Sauce)
		71601	Hospital Nacional General "Santa Rosa de Lima" (Santa Rosa de Lima)
		81901	Hospital Nacional General "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" (San Francisco Gotera)
		82301	US Sociedad (Sociedad)
		82302	US Labranza (Sociedad)
		82303	US Peñón (Sociedad)
		82304	US Animas (Sociedad)
		90501	Hospital Nacional Ciudad Barrios Mons. Oscar Arnulfo Romero (Ciudad Barrios)
		90502	US Especializada Ciudad Barrios (Ciudad Barrios)
		90503	US Familiar Ciudad Barrios (Ciudad Barrios)
		90504	US El Porvenir (Ciudad Barrios)
		90505	US Guanaste (Ciudad Barrios)
		90506	US Llano el Ángel (Ciudad Barrios)
		90507	US San Cristobal (Ciudad Barrios)
		90508	US San Matias (Ciudad Barrios)
		91001	Hospital Nacional Nueva Guadalupe (Nueva Guadalupe)
		91401	US San Gerardo (San Gerardo)
		91402	US La Laguna (San Gerardo)
		91403	US San Jeronimo (San Gerardo)
		91701	Hospital Nacional San Miguel San Juan De Dios (San Miguel)
		92001	US Uluazapa (Uluazapa)
		110101	US Apastepeque (Apastepeque)
		110102	US Calderas (Apastepeque)

Field	Question	Answer	
		110103	US Las Minas (Apastepeque)
		110104	US San Felipe (Apastepeque)
		110105	US San Jacinto (Apastepeque)
		110106	US San Nicolás (Apastepeque)
		110107	US San Pedro (Apastepeque)
		110401	US San Esteban Catarina (San Esteban Catarina)
		110402	US San Jacinto La Burrera (San Esteban Catarina)
		110501	US San Ildefonso (San Ildefonso)
		110502	US Guachipilín (San Ildefonso)
		110503	US San Lorenzo (San Ildefonso)
		110801	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis" (San Vicente)
		111101	US Tecoluca (Tecoluca)
		111102	US Tehuacan (Tecoluca)
		111103	US Llano Grande (Tecoluca)
		111104	US La Esperanza (Tecoluca)
		111105	US Santa Cruz Porrillo (Tecoluca)
		111106	US San Carlos Lempa (Tecoluca)
		111107	US Santa Marta (Tecoluca)
		111108	US San Nicolás Lempa (Tecoluca)
		111109	US Santa Cruz Paraíso (Tecoluca)
		111110	US Guajoyo (Tecoluca)
		120201	Hospital Nacional Chalchuapa (Chalchuapa)
		140101	US Alegria (Alegría)
		140102	US Las Casitas (Alegría)
		140103	US El Quebracho (Alegría)
		140104	US El Zapotillo (Alegría)
		140201	US Berlín (Berlín)
		140202	US Berlín 1 (Berlín)
		140203	US Berlín 2 (Berlín)
		140204	US San José (Berlín)
		140205	US Talpetate (Berlín)
		140206	US Virginia (Berlín)
		140207	US San Isidro (Berlín)

Field	Question	Answer
		141501 US San Agustín (San Agustín)
		141502 US Eucalipto (San Agustín)
		141503 US Linares Caulotal (San Agustín)
		141801 US San Francisco Javier (San Francisco Javier)
		141802 US Los Hornos (San Francisco Javier)
		141803 US La Cruz (San Francisco Javier)
		142101 Hospital Nacional Santiago De Maria (Santiago de María)
		142201 US Tecapán (Tecapán)
		142202 US Gualache (Tecapán)
		142203 US Chapetones (Tecapán)
		142301 Hospital Nacional Usulután San Pedro (Usulután)
		995 Otra unidad
WOM_PRE_DIS_DATE_SPEC <i>(required)</i>	Fecha de egreso/referencia/traslado (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,2) or selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,3) or selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,4) or selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,995)</i>	
WOM_PRE_DIS_TIME_SPEC <i>(required)</i>	Hora de egreso/referencia/traslado (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,2) or selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,3) or selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,4) or selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,995)</i>	
WOM_PRE_DEATH_DATE_SPEC <i>(required)</i>	Fecha de defunción (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,1)</i>	
WOM_PRE_DEATH_TIME_SPEC <i>(required)</i>	Hora de defunción (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_PRE_DISPOSITION} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia <i>Group relevant when: selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} ,"ECL")</i>		
note_eclampsia_intro	Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK		
WOM_ECL_CHECK	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones.	1 Sí
		0 No
WOM_ECL_CHECK_REG_BP <i>(required)</i>	Presión arterial (PA)	1 Sí
		0 No
WOM_ECL_CHECK_REG_PULS <i>(required)</i>	Pulso	1 Sí
		0 No
WOM_ECL_CHECK_REG_HR <i>(required)</i>	Frecuencia cardíaca (fc)	1 Sí
		0 No
WOM_ECL_CHECK_REG_RESP <i>(required)</i>	Frecuencia respiratoria (fr)	1 Sí
		0 No
WOM_ECL_CHECK_REG_TEMP <i>(required)</i>	Temperatura (T°)	1 Sí
		0 No
WOM_ECL_CHECK_REG_PAT <i>(required)</i>	Reflejo rotuliano patelar (ROT)	1 Sí
		0 No
WOM_ECL_CHECK_REG_SEIZ <i>(required)</i>	Convulsiones	1 Sí
		0 No
WOM_ECL_CHECK_REG_REF <i>(required)</i>	Reflejo	1 Sí

Field	Question	Answer		
WOM_ECL_CHECK_REG_OLI <i>(required)</i>	Oliguria	1	Sí	
		0	No	
WOM_ECL_CHECK_REG_OTH1	Otro 1	1	Sí	
		0	No	
WOM_ECL_CHECK_REG_OTH2	Otro 2	1	Sí	
		0	No	
WOM_ECL_CHECK_REG_OTH3	Otro 3	1	Sí	
		0	No	
WOM_ECL_CHECK_REG_OTH4	Otro 4	1	Sí	
		0	No	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > Specify other ECL checks Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH1} ,1) or selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH2} ,1) or selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH3} ,1) or selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH4} ,1)				
WOM_ECL_CHECK_OTH1_NAME	Especifique la otra revisión 1: Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH1} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_OTH2_NAME	Especifique la otra revisión 2: Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH2} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_OTH3_NAME	Especifique la otra revisión 3: Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH3} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_OTH4_NAME	Especifique la otra revisión 4: Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH4} ,1)			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_BP Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_BP} ,1)				
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_BP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_BP} ,1)			
note_WOM_ECL_CHECK_VALDT_BP	Presión arterial (PA) Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_BP} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_NUM_BP_SYST <i>(required)</i>	Presión arterial (PA) - sistólica: Valor El primer número, eg: ____/ Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_BP} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_NUM_BP_DIAS <i>(required)</i>	Presión arterial (PA) - diastólica: Valor El segundo número, eg: /__ Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_BP} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_DATE_BP <i>(required)</i>	Presión arterial (PA): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_BP} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_TIME_BP <i>(required)</i>	Presión arterial (PA): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_BP} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_BP_110 <i>(required)</i>	¿La presión arterial diastólica superó en cualquier momento 110?	1	Sí	
		0	No	
		-1	No registrado	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_PULS Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PULS} ,1)				
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_PULS	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PULS} ,1)			
note_WOM_ECL_CHECK_VALDT_PULS	Pulso Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PULS} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_NUM_PULS <i>(required)</i>	Pulso: Valor (por minuto) Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PULS} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_DATE_PULS <i>(required)</i>	Pulso: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PULS} ,1)			
WOM_ECL_CHECK_TIME_PULS <i>(required)</i>	Pulso: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PULS} ,1)			
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_HR Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_HR} ,1)				
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_HR	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_HR} ,1)			
note_WOM_ECL_CHECK_VALDT_HR	Frecuencia cardiaca (fc) Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_HR} ,1)			

Field	Question	Answer
WOM_ECL_CHECK_NUM_HR <i>(required)</i>	Frecuencia cardiaca (fc): Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_HR} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_DATE_HR <i>(required)</i>	Frecuencia cardiaca (fc): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_HR} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_TIME_HR <i>(required)</i>	Frecuencia cardiaca (fc): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_HR} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_RESP Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_RESP} ,1)		
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_RESP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_RESP} ,1)	
note_WOM_ECL_CHECK_VALDT_RESP	Frecuencia respiratoria (fr) Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_RESP} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_NUM_RESP <i>(required)</i>	Frecuencia respiratoria (fr): Valor (por minuto) Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_RESP} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_DATE_RESP <i>(required)</i>	Frecuencia respiratoria (fr): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_RESP} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_TIME_RESP <i>(required)</i>	Frecuencia respiratoria (fr): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_RESP} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_TEMP Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_TEMP} ,1)		
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_TEMP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_TEMP} ,1)	
note_WOM_ECL_CHECK_VALDT_TEMP	Temperatura Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_TEMP} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_NUM_TEMP <i>(required)</i>	Temperatura: Valor (°C) Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_TEMP} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_DATE_TEMP <i>(required)</i>	Temperatura (T): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_TEMP} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_TIME_TEMP <i>(required)</i>	Temperature (T): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_TEMP} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_PAT Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PAT} ,1)		
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_PAT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PAT} ,1)	
note_WOM_ECL_CHECK_VALDT_PAT	Reflejo rotuliano patelar (ROT) Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PAT} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_NUM_PAT <i>(required)</i>	Reflejo rotuliano patelar (ROT): Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PAT} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_DATE_PAT <i>(required)</i>	Reflejo rotuliano patelar (ROT): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PAT} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_TIME_PAT <i>(required)</i>	Reflejo rotuliano patelar (ROT): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_PAT} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_SEIZ Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_SEIZ} ,1)		
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_SEIZ	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_SEIZ} ,1)	
note_WOM_ECL_CHECK_VALDT_SEIZ	Convulsiones Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_SEIZ} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_DATE_SEIZ <i>(required)</i>	Convulsiones: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_SEIZ} ,1)	
WOM_ECL_CHECK_TIME_SEIZ <i>(required)</i>	Convulsiones: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_SEIZ} ,1)	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_REF		

Field	Question	Answer
<i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_REF} ,1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_REF	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_REF} ,1)</i>	
note_WOM_ECL_CHECK_VALDT_REF	Reflejo <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_REF} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_DATE_REF <i>(required)</i>	Reflejo: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_REF} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_TIME_REF <i>(required)</i>	Reflejo: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_REF} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OLI <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OLI} ,1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OLI	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OLI} ,1)</i>	
note_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OLI	Oliguria <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OLI} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_DATE_OLI <i>(required)</i>	Oliguria: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OLI} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_TIME_OLI <i>(required)</i>	Oliguria: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OLI} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OTH1 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH1} ,1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OTH1	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_ECL_CHECK_OTH1_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_NUM_OTH1	[WOM_ECL_CHECK_OTH1_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_DATE_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_CHECK_OTH1_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH1} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_TIME_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_CHECK_OTH1_NAME]: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH1} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OTH2 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH2} ,1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OTH2	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_ECL_CHECK_OTH2_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_NUM_OTH2	[WOM_ECL_CHECK_OTH2_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_DATE_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_CHECK_OTH2_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH2} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_TIME_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_CHECK_OTH2_NAME]: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH2} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OTH3 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH3} ,1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OTH3	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_ECL_CHECK_OTH3_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH3} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_NUM_OTH3	[WOM_ECL_CHECK_OTH3_NAME]: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH3} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_DATE_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_CHECK_OTH3_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH3} ,1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_TIME_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_CHECK_OTH3_NAME]: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH3} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_CHECK_TOTAL > group_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OTH4 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH4} ,1)</i>		

Field	Question	Answer
note_intro_WOM_ECL_CHECK_VALDT_OTH4	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_ECL_CHECK_OTH4_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH4} , 1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_NUM_OTH4	[WOM_ECL_CHECK_OTH4_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH4} , 1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_DATE_OTH4 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_CHECK_OTH4_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH4} , 1)</i>	
WOM_ECL_CHECK_TIME_OTH4 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_CHECK_OTH4_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_CHECK_REG_OTH4} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB		
WOM_ECL_LAB	Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio.	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_ASP <i>(required)</i>	Aspartato aminotransferasa	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_ALA <i>(required)</i>	Alanina-aminotransferasa	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_LAC <i>(required)</i>	Deshidrogenasa láctica	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_CREAT <i>(required)</i>	Creatinina	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_ACID <i>(required)</i>	Ácido úrico	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_TGO <i>(required)</i>	Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT)	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_TGP <i>(required)</i>	Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT)	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_PROT <i>(required)</i>	Proteína en orina (proteinuria)	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_OTH1	Otro 1	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_OTH2	Otro 2	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_OTH3	Otro 3	1 Sí 0 No
WOM_ECL_LAB_REG_OTH4	Otro 4	1 Sí 0 No
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > Specify other ECL labs <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH1} , 1) or selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH2} , 1) or selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH3} , 1) or selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH4} , 1)</i>		
WOM_ECL_LAB_OTH1_NAME	Especifique el otro análisis de laboratorio 1: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH1} , 1)</i>	
WOM_ECL_LAB_OTH2_NAME	Especifique el otro análisis de laboratorio 2: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH2} , 1)</i>	
WOM_ECL_LAB_OTH3_NAME	Especifique el otro análisis de laboratorio 3: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH3} , 1)</i>	
WOM_ECL_LAB_OTH4_NAME	Especifique el otro análisis de laboratorio 4: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH4} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_PLAT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_PLAT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>	
note_WOM_ECL_LAB_VALDT_PLAT	Recuento de plaquetas <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>	
WOM_ECL_LAB_NUM_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas: Valor (x10 ³ /L) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PLAT} , 1)</i>	

Field	Question	Answer
WOM_ECL_LAB_DATE_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_TIME_PLAT <i>(required)</i>	Recuento de plaquetas: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PLAT} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_ASP <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ASP} ,1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_ASP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ASP} ,1)</i>	
note_WOM_ECL_LAB_VALDT_ASP	Aspartato aminotransferasa <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ASP} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_NUM_ASP <i>(required)</i>	Aspartato aminotransferasa: Valor (U/liter) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ASP} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_DATE_ASP <i>(required)</i>	Aspartato aminotransferasa: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ASP} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_TIME_ASP <i>(required)</i>	Aspartato aminotransferasa: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ASP} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_ALA <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ALA} ,1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_ALA	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ALA} ,1)</i>	
note_WOM_ECL_LAB_VALDT_ALA	Alanina-aminotransferasa <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ALA} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_NUM_ALA <i>(required)</i>	Alanina-aminotransferasa: Valor (U/liter) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ALA} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_DATE_ALA <i>(required)</i>	Alanina-aminotransferasa: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ALA} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_TIME_ALA <i>(required)</i>	Alanina-aminotransferasa: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ALA} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_LAC <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_LAC} ,1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_LAC	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_LAC} ,1)</i>	
note_WOM_ECL_LAB_VALDT_LAC	Deshidrogenasa láctica <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_LAC} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_NUM_LAC <i>(required)</i>	Deshidrogenasa láctica: Valor (U/Liter) <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_LAC} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_DATE_LAC <i>(required)</i>	Deshidrogenasa láctica: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_LAC} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_TIME_LAC <i>(required)</i>	Deshidrogenasa láctica: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_LAC} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_CREAT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_CREAT} ,1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_CREAT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_CREAT} ,1)</i>	
note_WOM_ECL_LAB_VALDT_CREAT	Creatinina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_CREAT} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_NUM_CREAT <i>(required)</i>	Creatinina: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_CREAT} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_DATE_CREAT <i>(required)</i>	Creatinina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_CREAT} ,1)</i>	
WOM_ECL_LAB_TIME_CREAT	Creatinina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_CREAT} ,1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_ACID		

Field	Question	Answer				
Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ACID} , 1)						
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_ACID	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ACID} , 1)					
note_WOM_ECL_LAB_VALDT_ACID	Ácido úrico Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ACID} , 1)					
WOM_ECL_LAB_NUM_ACID (required)	Ácido úrico: Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ACID} , 1)					
WOM_ECL_LAB_DATE_ACID (required)	Ácido úrico: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ACID} , 1)					
WOM_ECL_LAB_TIME_ACID (required)	Ácido úrico: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_ACID} , 1)					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_TGO Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGO} , 1)						
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_TGO	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGO} , 1)					
note_WOM_ECL_LAB_VALDT_TGO	Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT) Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGO} , 1)					
WOM_ECL_LAB_NUM_TGO (required)	Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT): Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGO} , 1)					
WOM_ECL_LAB_DATE_TGO (required)	Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGO} , 1)					
WOM_ECL_LAB_TIME_TGO	Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGO} , 1)					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_TGP Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGP} , 1)						
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_TGP	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGP} , 1)					
note_WOM_ECL_LAB_VALDT_TGP	Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT) Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGP} , 1)					
WOM_ECL_LAB_NUM_TGP (required)	Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT): Valor Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGP} , 1)					
WOM_ECL_LAB_DATE_TGP (required)	Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGP} , 1)					
WOM_ECL_LAB_TIME_TGP (required)	Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_TGP} , 1)					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_PROT Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PROT} , 1)						
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_PROT	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PROT} , 1)					
note_WOM_ECL_LAB_VALDT_PROT	Proteína en orina Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PROT} , 1)					
WOM_ECL_LAB_NEG_PROT	Proteína en orina (proteinuria): Negativo Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PROT} , 1)	<table><tr><td>1</td><td>Sí</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Sí	0	No
1	Sí					
0	No					
WOM_ECL_LAB_POSNUM_PROT	Proteína en orina (proteinuria) Número de + Introduzca "-1" si el número de + no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PROT} , 1)					
WOM_ECL_LAB_NUM_PROT (required)	Proteína en orina (proteinuria) g/día Introduzca "-1" si el valor no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PROT} , 1)					
WOM_ECL_LAB_DATE_PROT (required)	Proteína en orina: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PROT} , 1)					

Field	Question	Answer				
WOM_ECL_LAB_TIME_PROT <i>(required)</i>	Proteína en orina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_PROT} ,1)</i>					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_OTH1 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>						
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_OTH1	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_ECL_LAB_OTH1_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_NUM_OTH1	[WOM_ECL_LAB_OTH1_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_DATE_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_LAB_OTH1_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_TIME_OTH1 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_LAB_OTH1_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH1} ,1)</i>					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_OTH2 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>						
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_OTH2	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_ECL_LAB_OTH2_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_NUM_OTH2	[WOM_ECL_LAB_OTH2_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_DATE_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_LAB_OTH2_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_TIME_OTH2 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_LAB_OTH2_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH2} ,1)</i>					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_OTH3 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>						
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_OTH3	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_ECL_LAB_OTH3_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_NUM_OTH3	[WOM_ECL_LAB_OTH3_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_DATE_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_LAB_OTH3_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_TIME_OTH3 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_LAB_OTH3_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH3} ,1)</i>					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_LAB_TOTAL > group_WOM_ECL_LAB_VALDT_OTH4 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH4} ,1)</i>						
note_intro_WOM_ECL_LAB_VALDT_OTH4	Anote el valor, así como la fecha y hora de la primera revisión para '[WOM_ECL_LAB_OTH4_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH4} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_NUM_OTH4	[WOM_ECL_LAB_OTH4_NAME]: Valor <i>Introduzca "-1" si el valor no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH4} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_DATE_OTH4 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_LAB_OTH4_NAME]: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH4} ,1)</i>					
WOM_ECL_LAB_TIME_OTH4 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_LAB_OTH4_NAME]: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_LAB_REG_OTH4} ,1)</i>					
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL						
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED						
WOM_ECL_MED	Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos.	<table><tr><td>1</td><td>Sí</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Sí	0	No
1	Sí					
0	No					
WOM_ECL_MED_ADM_MGS <i>(required)</i>	Sulfato de magnesio (zusпам, SMg4)	<table><tr><td>1</td><td>Sí</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Sí	0	No
1	Sí					
0	No					
WOM_ECL_MED_ADM_HID <i>(required)</i>	Hidralazina	<table><tr><td>1</td><td>Sí</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Sí	0	No
1	Sí					
0	No					

Field	Question	Answer	
WOM_ECL_MED_ADM_NIF <i>(required)</i>	Nifedipina	1	Sí
		0	No
WOM_ECL_MED_ADM_BET <i>(required)</i>	Betametasona	1	Sí
		0	No
WOM_ECL_MED_ADM_DEX <i>(required)</i>	Dexametasona	1	Sí
		0	No
WOM_ECL_MED_ADM_SAL <i>(required)</i>	Solución salina	1	Sí
		0	No
WOM_ECL_MED_ADM_LACT <i>(required)</i>	Lactato de ringier	1	Sí
		0	No
WOM_ECL_MED_ADM_HART <i>(required)</i>	Hartman	1	Sí
		0	No
WOM_ECL_MED_ADM_LOL <i>(required)</i>	Labetalol	1	Sí
		0	No
WOM_ECL_MED_ADM_OAH	Otro antihipertensivo	1	Sí
		0	No
WOM_ECL_MED_ADM_OME1	Otro medicamento 1	1	Sí
		0	No
WOM_ECL_MED_ADM_OME2	Otro medicamento 2	1	Sí
		0	No
WOM_ECL_MED_ADM_OME3	Otro medicamento 3	1	Sí
		0	No
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > Specify other ECL meds <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME1} , 1) or selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME2} , 1) or selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME3} , 1) or selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OAH} , 1)</i>			
WOM_ECL_MED_OAH_NAME	Especifique el otro antihipertensivo: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OAH} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_OME1_NAME	Especifique el otro medicamento 1: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME1} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_OME2_NAME	Especifique el otro medicamento 2: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME2} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_OME3_NAME	Especifique el otro medicamento 3: <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME3} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_MGS <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_MGS} , 1)</i>			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_MGS	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_MGS} , 1)</i>		
note_WOM_ECL_MED_VALDT_MGS	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4) <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_MGS} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_DOS_MGS <i>(required)</i>	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4): Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_MGS} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_UNIT_MGS <i>(required)</i>	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4): Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_MGS} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_ECL_MED_DATE_MGS <i>(required)</i>	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4): Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_MGS} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_TIME_MGS <i>(required)</i>	Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4): Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no se registró. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_MGS} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_HID <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HID} , 1)</i>			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_HID	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HID} , 1)</i>		
note_WOM_ECL_MED_VALDT_HID	Hidralazina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HID} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_DOS_HID <i>(required)</i>	Hidralazina: Dosis		

Field	Question	Answer	
	Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HID} , 1)		
WOM_ECL_MED_UNIT_HID (required)	Hidralazina: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HID} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_ECL_MED_DATE_HID (required)	Hidralazina: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HID} , 1)		
WOM_ECL_MED_TIME_HID (required)	Hidralazina: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HID} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_NIF Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_NIF} , 1)			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_NIF	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_NIF} , 1)		
note_WOM_ECL_MED_VALDT_NIF	Nifedipina Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_NIF} , 1)		
WOM_ECL_MED_DOS_NIF (required)	Nifedipina: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_NIF} , 1)		
WOM_ECL_MED_UNIT_NIF (required)	Nifedipina: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_NIF} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_ECL_MED_DATE_NIF (required)	Nifedipina: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_NIF} , 1)		
WOM_ECL_MED_TIME_NIF (required)	Nifedipina: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_NIF} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_BET Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_BET} , 1)			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_BET	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_BET} , 1)		
note_WOM_ECL_MED_VALDT_BET	Betametasona Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_BET} , 1)		
WOM_ECL_MED_DOS_BET (required)	Betametasona: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_BET} , 1)		
WOM_ECL_MED_UNIT_BET (required)	Betametasona: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_BET} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_ECL_MED_DATE_BET (required)	Betametasona: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_BET} , 1)		
WOM_ECL_MED_TIME_BET (required)	Betametasona: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_BET} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_DEX Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_DEX} , 1)			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_DEX	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_DEX} , 1)		
note_WOM_ECL_MED_VALDT_DEX	Dexametasona Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_DEX} , 1)		

Field	Question	Answer	
WOM_ECL_MED_DOS_DEX <i>(required)</i>	Dexametasona: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_DEX} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_UNIT_DEX <i>(required)</i>	Dexametasona: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_DEX} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_ECL_MED_DATE_DEX <i>(required)</i>	Dexametasona: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_DEX} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_TIME_DEX <i>(required)</i>	Dexametasona: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_DEX} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_SAL <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_SAL} , 1)</i>			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_SAL	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_SAL} , 1)</i>		
note_WOM_ECL_MED_VALDT_SAL	Solución salina <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_SAL} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_DOS_SAL <i>(required)</i>	Solución salina: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_SAL} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_UNIT_SAL <i>(required)</i>	Solución salina: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_SAL} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_ECL_MED_DATE_SAL <i>(required)</i>	Solución salina: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_SAL} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_TIME_SAL <i>(required)</i>	Solución salina: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_SAL} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_LACT <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LACT} , 1)</i>			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_LACT	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LACT} , 1)</i>		
note_WOM_ECL_MED_VALDT_LACT	Lactato de ringer <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LACT} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_DOS_LACT <i>(required)</i>	Lactato de ringer: Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LACT} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_UNIT_LACT <i>(required)</i>	Lactato de ringer: Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LACT} , 1)</i>	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_ECL_MED_DATE_LACT <i>(required)</i>	Lactato de ringer: Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LACT} , 1)</i>		
WOM_ECL_MED_TIME_LACT <i>(required)</i>	Lactato de ringer: Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LACT} , 1)</i>		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_HART <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HART} , 1)</i>			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_HART	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HART} , 1)</i>		
note_WOM_ECL_MED_VALDT_HART	Hartman		

Field	Question	Answer	
	Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HART} , 1)		
WOM_ECL_MED_DOS_HART (required)	Hartman: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HART} , 1)		
WOM_ECL_MED_UNIT_HART (required)	Hartman: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HART} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_ECL_MED_DATE_HART (required)	Hartman: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HART} , 1)		
WOM_ECL_MED_TIME_HART (required)	Hartman: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_HART} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_LOL Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LOL} , 1)			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_LOL	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LOL} , 1)		
note_WOM_ECL_MED_VALDT_LOL	Labetatlol Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LOL} , 1)		
WOM_ECL_MED_DOS_LOL (required)	Labetatlol: Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LOL} , 1)		
WOM_ECL_MED_UNIT_LOL (required)	Labetatlol: Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LOL} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_ECL_MED_DATE_LOL (required)	Labetatlol: Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LOL} , 1)		
WOM_ECL_MED_TIME_LOL (required)	Labetatlol: Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_LOL} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_OAH Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OAH} , 1)			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_OAH	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para 'WOM_ECL_MED_OAH_NAME'. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OAH} , 1)		
WOM_ECL_MED_DOS_OAH (required)	[WOM_ECL_MED_OAH_NAME]': Dosis Introduzca "-1" si la dosis no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OAH} , 1)		
WOM_ECL_MED_UNIT_OAH (required)	[WOM_ECL_MED_OAH_NAME]': Unidad Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OAH} , 1)	1	mg/kg
		2	mg
		3	g
		4	UI
		5	cc
		6	mL
		7	mcg
WOM_ECL_MED_DATE_OAH (required)	[WOM_ECL_MED_OAH_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) Introduzca "-1" si la fecha no se registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OAH} , 1)		
WOM_ECL_MED_TIME_OAH (required)	[WOM_ECL_MED_OAH_NAME]': Hora (HH:MM) Introduzca "-1" si la hora no re registró. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OAH} , 1)		
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_OME1 Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME1} , 1)			
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_OME1	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para 'WOM_ECL_MED_OME1_NAME'. Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME1} , 1)		

Field	Question	Answer
WOM_ECL_MED_DOS_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME1_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME1} , 1)</i>	
WOM_ECL_MED_UNIT_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME1_NAME]': Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME1} , 1)</i>	<div>1 mg/kg</div> <div>2 mg</div> <div>3 g</div> <div>4 UI</div> <div>5 cc</div> <div>6 mL</div> <div>7 mcg</div>
WOM_ECL_MED_DATE_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME1_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME1} , 1)</i>	
WOM_ECL_MED_TIME_OME1 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME1_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME1} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_OME2 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME2} , 1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_OME2	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_ECL_MED_OME2_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME2} , 1)</i>	
WOM_ECL_MED_DOS_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME2_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME2} , 1)</i>	
WOM_ECL_MED_UNIT_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME2_NAME]': Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME2} , 1)</i>	<div>1 mg/kg</div> <div>2 mg</div> <div>3 g</div> <div>4 UI</div> <div>5 cc</div> <div>6 mL</div> <div>7 mcg</div>
WOM_ECL_MED_DATE_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME2_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME2} , 1)</i>	
WOM_ECL_MED_TIME_OME2 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME2_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME2} , 1)</i>	
Complicaciones Obstétricas > General Medical Record Battery > Elegible > Preguntas sobre Eclampsia > group_WOM_ECL_MED_TOTAL > group_WOM_ECL_MED_VALDT_OME3 <i>Group relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME3} , 1)</i>		
note_intro_WOM_ECL_MED_VALDT_OME3	Anote la dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para '[WOM_ECL_MED_OME3_NAME]'. <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME3} , 1)</i>	
WOM_ECL_MED_DOS_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME3_NAME]': Dosis <i>Introduzca "-1" si la dosis no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME3} , 1)</i>	
WOM_ECL_MED_UNIT_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME3_NAME]': Unidad <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME3} , 1)</i>	<div>1 mg/kg</div> <div>2 mg</div> <div>3 g</div> <div>4 UI</div> <div>5 cc</div> <div>6 mL</div> <div>7 mcg</div>
WOM_ECL_MED_DATE_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME3_NAME]': Fecha (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME3} , 1)</i>	
WOM_ECL_MED_TIME_OME3 <i>(required)</i>	[WOM_ECL_MED_OME3_NAME]': Hora (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_MED_ADM_OME3} , 1)</i>	
WOM_ECL_MEDICATIONS <i>(required)</i>	¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?	<div>1 Sí</div> <div>0 No</div>
WOM_ECL_SPECIAL_EVER <i>(required)</i>	¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?	<div>1 Sí, marcado por una notación ME en la firma</div> <div>2 Sí, marcado con un sello</div> <div>995 Sí, marcado con otro método (especificar):</div>

Field	Question	0 No Answer		
		-1	No registrado	
WOM_ECL_SPECIAL_TYPE <i>(required)</i>	¿De qué tipo fue la especialista que revisó la mujer? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_SPECIAL_EVER} , 1) or selected(\${WOM_ECL_SPECIAL_EVER} , 2) or selected(\${WOM_ECL_SPECIAL_EVER} , 995)</i>	1	Obstetra	
		2	Ginecólogo	
		3	Gineco-obstetra	
		4	Cirujano	
		995	Otro (especificar):	
		-1	No registrado	
WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_DATE <i>(required)</i>	Fecha de la primera evaluación por la especialista <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_SPECIAL_EVER} , 1) or selected(\${WOM_ECL_SPECIAL_EVER} , 2) or selected(\${WOM_ECL_SPECIAL_EVER} , 995)</i>			
WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_TIME <i>(required)</i>	Hora de primera evaluación por la especialista <i>Introduzca "-1" si la hora no se registró.</i> <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_SPECIAL_EVER} , 1) or selected(\${WOM_ECL_SPECIAL_EVER} , 2) or selected(\${WOM_ECL_SPECIAL_EVER} , 995)</i>			
WOM_ECL_RESULT <i>(required)</i>	Resultado del embarazo:	1	Cesárea	
		2	Parto vaginal	
		995	Otro	
		-1	No registrado	
WOM_ECL_RESULT_CSECT <i>(required)</i>	Especifique el tipo de cesárea	1	Cesárea de emergencia	
		2	Cesárea electiva	
		-1	No registrado	
WOM_ECL_DISPOSITION <i>(required)</i>	Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:	1	Murió en el hospital	
		2	Egresó para su casa	
		3	Traslado/referida a otra unidad de médica	
		4	Egresó contra las indicaciones médicas	
		5	Desconocido	
		995	Otra (especificar):	
		-1	No registrado	
WOM_ECL_RESOLVE_DATE <i>(required)</i>	Fecha de cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería: (DD/MM/AAAA) <i>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</i>			
WOM_ECL_RESOLVE_TIME <i>(required)</i>	Hora de Cuando se identificó la complicación en las notas de enfermería: (HH:MM) <i>Introduzca "-1" si la hora no se registró.</i>			
WOM_ECL_REF_REASTO <i>(required)</i>	Razón por la que fue referida/traslado <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} , 3)</i>	1	Presión arterial alta	
		2	Proteinuria	
		3	Sangrado	
		4	Lochia	
		5	Convulsiones	
		99	Otro	
		DK	No registrado	
WOM_ECL_REF_ACCOMTO <i>(required)</i>	¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} , 3)</i>	1	Si, por un médico	
		2	Si, por una enfermera	
		995	Si, por un otro trabajador:	
		0	No	
		-1	No registrado	
WOM_ECL_REF_TYPETO <i>(required)</i>	Tipo de unidad a la cual fue referida/traslado la usuaria <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} , 3)</i>	1	ECOS Familiar (intermedia o básica)	
		2	ECOS Especializado	
		4	Hospital	
		995	Otro (especificar):	
		-1	No referido	
WOM_ECL_REF_MUNICIPTO	¿A cual municipio fue la unidad? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} , 3)</i>	101	Ahuachapán	
		111	Tacuba	
		204	Ilobasco	
		207	Sensuntepeque	
		304	Chalatenango	
		308	Dulce Nombre De María	
		312	San Jose La Laguna	

Field	Question	Answer	
		317	Nueva Concepción
		319	Ojos De Agua
		326	San Ignacio
		402	Cojutepeque
		405	Monte San Juan
		408	San Cristóbal
		502	Chilitupán
		510	Santa Tecla
		607	San Antonio Masahuat
		619	Santa María Ostuma
		622	Zacatecoluca
		706	El Sauce
		716	Santa Rosa de Lima
		819	San Francisco Gotera
		823	Sociedad
		905	Ciudad Barrios
		910	Nueva Guadalupe
		914	San Gerardo
		917	San Miguel
		920	Uluazapa
		1101	Apastepeque
		1104	San Esteban Catarina
		1105	San Ildefonso
		1108	San Vicente
		1111	Tecoluca
		1202	Chalchuapa
		1401	Alegría
		1402	Berlín
		1415	San Agustín
		1418	San Francisco Javier
		1421	Santiago de María
		1422	Tecapán
		1423	Usulután
		995	Otro municipio
WOM_ECL_REF_NAMETO <i>(required)</i>	¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado? <i>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,3)</i>	10101	Hospital Nacional General "Dr. Francisco Menéndez" (Ahuachapán)
		11101	US Especializada Tacuba (Tacuba)
		11102	US Familiar Tacuba (Tacuba)
		11103	US Chaguite (Tacuba)
		11104	US El Jícaro (Tacuba)
		11105	US El Sincuyo (Tacuba)
		11106	US La Escuela El Rodeo (Tacuba)
		11107	US La Magdalena (Tacuba)
		11108	US Las Palmeras (Tacuba)
		11109	US Pandiadura (Tacuba)
		11110	US San Rafael (Tacuba)
		11111	US Valle la Puerta (Tacuba)
		20401	US Especializada Ilobasco (Ilobasco)
		20402	US Familiar Ilobasco (Ilobasco)

Field	Question	Answer	
		20403	US San Francisco Iraheta (Ilobasco)
		20404	US Potreros (Ilobasco)
		20405	US Huertas (Ilobasco)
		20406	US San José (Ilobasco)
		20407	US Agua Zarca (Ilobasco)
		20408	US Los Llanitos (Ilobasco)
		20409	US Hoyos (Ilobasco)
		20410	US Sitio Viejo (Ilobasco)
		20411	US Cerro Colorado (Ilobasco)
		20412	US San Francisco del Monte (Ilobasco)
		20413	US Maquilishuat (Ilobasco)
		20414	US Maquilishuath El Limón (Ilobasco)
		20415	Hospital Nacional General "Dr. José Luis Saca" (Ilobasco)
		20701	US Especializada Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		20702	US Familiar Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		20703	US San Gregorio (Sensuntepeque)
		20704	US San Nicolás (Sensuntepeque)
		20705	US Rio Grande (Sensuntepeque)
		20706	US San Lorenzo (Sensuntepeque)
		20707	US Copinolapa (Sensuntepeque)
		20708	US Cuyantepeque (Sensuntepeque)
		20709	US Chunte (Sensuntepeque)
		20710	Hospital Nacional General Sensuntepeque (Sensuntepeque)
		30401	Hospital Nacional Chalatenango Dr. Luis Edmundo Vasquez (Chalatenango)
		30801	US Dulce Nombre de María (Dulce Nombre De María)
		30802	US Gutierrez (Dulce Nombre De María)
		30803	US Ocotol (Dulce Nombre De María)
		31201	US La Laguna (San Jose La Laguna)
		31202	US San Jose La Laguna (San Jose La

Field	Question	Answer		
				Laguna)
		31701	Hospital Nacional Nueva Concepcion (Nueva Concepción)	
		31901	US Ojos de Agua (Ojos De Agua)	
		31902	US Zapotal (Ojos De Agua)	
		32601	US San Ignacio (San Ignacio)	
		32602	US El Carmen (San Ignacio)	
		32603	US Las Pilas (San Ignacio)	
		40201	Hospital Nacional General "Nuestra Señora de Fatima" (Cojutepeque)	
		40501	US Monte San Juan (Monte San Juan)	
		40502	US San Nicolás (Monte San Juan)	
		40503	US Soledad (Monte San Juan)	
		40801	US San Cristóbal (San Cristóbal)	
		40802	US San Antonio (San Cristóbal)	
		40803	US La Virgen (San Cristóbal)	
		50201	US Chiltiupan (Chiltiupán)	
		50202	US Taquillo (Chiltiupán)	
		50203	US Termópilas (Chiltiupán)	
		51001	Hospital Nacional General "San Rafael" (Santa Tecla)	
		60701	US San Antonio Masahuat (San Antonio Masahuat)	
		60702	US La Loma (San Antonio Masahuat)	
		61901	US Santa María Ostuma (Santa María Ostuma)	
		61902	US El Chaperno (Santa María Ostuma)	
		61903	US El Carrizal (Santa María Ostuma)	
		62201	Hospital Nacional General "Santa Teresa" (Zacatecoluca)	
		70601	US El Sauce (El Sauce)	
		70602	US Talpetate (El Sauce)	
		70603	US Santa Rosita (El Sauce)	
		71601	Hospital Nacional General "Santa Rosa	

Field	Question	Answer		
				de Lima" (Santa Rosa de Lima)
		81901		Hospital Nacional General "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" (San Francisco Gotera)
		82301		US Sociedad (Sociedad)
		82302		US Labranza (Sociedad)
		82303		US Peñón (Sociedad)
		82304		US Animas (Sociedad)
		90501		Hospital Nacional Ciudad Barrios Mons. Oscar Arnulfo Romero (Ciudad Barrios)
		90502		US Especializada Ciudad Barrios (Ciudad Barrios)
		90503		US Familiar Ciudad Barrios (Ciudad Barrios)
		90504		US El Porvenir (Ciudad Barrios)
		90505		US Guanaste (Ciudad Barrios)
		90506		US Llano el Ángel (Ciudad Barrios)
		90507		US San Cristobal (Ciudad Barrios)
		90508		US San Matias (Ciudad Barrios)
		91001		Hospital Nacional Nueva Guadalupe (Nueva Guadalupe)
		91401		US San Gerardo (San Gerardo)
		91402		US La Laguna (San Gerardo)
		91403		US San Jeronimo (San Gerardo)
		91701		Hospital Nacional San Miguel San Juan De Dios (San Miguel)
		92001		US Uluazapa (Uluazapa)
		110101		US Apastepeque (Apastepeque)
		110102		US Calderas (Apastepeque)
		110103		US Las Minas (Apastepeque)
		110104		US San Felipe (Apastepeque)
		110105		US San Jacinto (Apastepeque)
		110106		US San Nicolás (Apastepeque)
		110107		US San Pedro (Apastepeque)
		110401		US San Esteban Catarina (San Esteban

Field	Question	Answer	
			Catarina)
		110402	US San Jacinto La Burrera (San Esteban Catarina)
		110501	US San Ildefonso (San Ildefonso)
		110502	US Guachipilín (San Ildefonso)
		110503	US San Lorenzo (San Ildefonso)
		110801	Hospital Nacional General "Santa Gertrudis" (San Vicente)
		111101	US Tecoluca (Tecoluca)
		111102	US Tehuacan (Tecoluca)
		111103	US Llano Grande (Tecoluca)
		111104	US La Esperanza (Tecoluca)
		111105	US Santa Cruz Porrillo (Tecoluca)
		111106	US San Carlos Lempa (Tecoluca)
		111107	US Santa Marta (Tecoluca)
		111108	US San Nicolás Lempa (Tecoluca)
		111109	US Santa Cruz Paraíso (Tecoluca)
		111110	US Guajoyo (Tecoluca)
		120201	Hospital Nacional Chalchuapa (Chalchuapa)
		140101	US Alegria (Alegría)
		140102	US Las Casitas (Alegría)
		140103	US El Quebracho (Alegría)
		140104	US El Zapotillo (Alegría)
		140201	US Berlín (Berlín)
		140202	US Berlín 1 (Berlín)
		140203	US Berlín 2 (Berlín)
		140204	US San José (Berlín)
		140205	US Talpetate (Berlín)
		140206	US Virginia (Berlín)
		140207	US San Isidro (Berlín)
		141501	US San Agustín (San Agustín)
		141502	US Eucalipto (San Agustín)
		141503	US Linares Caulotal (San Agustín)
		141801	US San Francisco Javier (San Francisco Javier)
		141802	US Los Hornos (San Francisco Javier)
		141803	US La Cruz (San Francisco Javier)

Field	Question	Answer	
		142101	Hospital Nacional Santiago De Maria (Santiago de María)
		142201	US Tecapán (Tecapán)
		142202	US Gualache (Tecapán)
		142203	US Chapetones (Tecapán)
		142301	Hospital Nacional Usulután San Pedro (Usulután)
		995	Otra unidad
WOM_ECL_DIS_DATE <i>(required)</i>	<p>Fecha de egreso/referencia/traslado (DD/MM/AAAA)</p> <p>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,2) or selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,3) or selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,4) or selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,995)</p>		
WOM_ECL_DIS_TIME <i>(required)</i>	<p>Hora de egreso/referencia/traslado (HH:MM)</p> <p>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,2) or selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,3) or selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,4) or selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,995)</p>		
WOM_ECL_DEATH_DATE <i>(required)</i>	<p>Fecha de defunción (DD/MM/AAAA)</p> <p>Introduzca "-1" si la fecha no se registró.</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,1)</p>		
WOM_ECL_DEATH_TIME <i>(required)</i>	<p>Hora de defunción (HH:MM)</p> <p>Introduzca "-1" si la hora no re registró.</p> <p>Question relevant when: selected(\${WOM_ECL_DISPOSITION} ,1)</p>		
note_no_compl	<p>Ha indicado que esta usuaria no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, hemorragia, pre-eclampsia, y eclampsia.</p> <p>Question relevant when: not(selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} ,"SEP")) and not(selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} ,"HEM")) and not(selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} ,"PRE")) and not(selected(\${MRR_WOM_DEL_COMP} ,"ECL"))</p>		
COMMENT_COMPL_MATERNA	<p>Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección.</p>		
note_conclusion	<p>Usted ha llegado al final de la encuesta.</p> <p>Por favor haga click 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".</p> <p>Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.</p> <p>Gracias por su tiempo el día de hoy.</p>		