

SMI SLV MRR DIARRHEA 54

Field	Question	Answer
MRR_DATE <i>(required)</i>	Fecha:	
MRR_INTERVW_ID1 <i>(required)</i>	Identificación 1 del entrevistador:	
MRR_INTERVW_ID2	Identificación 2 del entrevistador:	
FAC_TYPE <i>(required)</i>	Tipo de unidad médica:	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 <i>(required)</i>	Identificación del Departamento de esta unidad médica:	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 <i>(required)</i>	Identificación del Municipio de esta unidad médica:	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
		1422 Tecapan
		1423 Usulután
FACILITY_ID <i>(required)</i>	Identificación de la Unidad:	

[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>
CLD_DEPT_ID <i>(required)</i>	¿De cuál departamento viene el niño?	<div><div>1</div>Ahuachapán</div> <div><div>2</div>Cabañas</div> <div><div>4</div>Cuscatlán</div> <div><div>5</div>La Libertad</div> <div><div>6</div>La Paz</div> <div><div>7</div>La Unión</div> <div><div>8</div>Morazán</div> <div><div>11</div>San Vicente</div> <div><div>3</div>Chalatenango</div> <div><div>9</div>San Miguel</div> <div><div>12</div>Santa Ana</div> <div><div>14</div>Usulután</div>

Field	Question	Answer		
			1105	San Ildefonso
			1108	San Vicente
			1111	Tecoluca
			1202	Chalchuapa
			1401	Alegria
			1402	Berlin
			1415	San Agustín
			1418	San Francisco Javier
			1421	Santiago de María
			1422	Tecapán
			1423	Usulután
			995	Otro (especificar)
note_intro_diarrhea	Manejo de diarrea			
RECORD_FAM_REGISTER <i>(required)</i>	Verifique que la zona y el número de la familia están registrados en este expediente del niño.	1	Registrado	
		0	No registrado	
NEO_DIAR_ADM_DATE_DATE <i>(required)</i>	Identifique en los registros de niños con diarrea en los últimos 2 años. Fecha de revisión/consulta de diarrea: DD/MM/AAAA			
note_adm_date_ineligible	Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de consulta fue [NEO_DIAR_ADM_DATE_DATE]. Por favor revisa expedientes con fechas de consulta entre 01/01/2019 y 30/06/2022. <i>Question relevant when: \${calc_adm_date_eligible} = 0</i>			
group_eligible_date <i>Group relevant when: \${calc_adm_date_eligible} = 1</i>				
NEO_DIAR_ADM_TIME_SPEC <i>(required)</i>	Identifique en los registros de niños con diarrea en los últimos 2 años. Hora de revisión/consulta de diarrea (horario de 24 horas): HH:MM			
MRR_AGE <i>(required)</i>	¿Cómo se registró la edad del niño?	3	Años	
		2	Meses	
		1	Días	
group_eligible_date > fieldlist_mrr_age				
MRR_AGE_TEXT <i>(required)</i>	Edad del niño (días): <i>Question relevant when: selected(\${MRR_AGE} , '1')</i>			
MRR_AGE_TEXT2 <i>(required)</i>	Edad del niño (meses): <i>Question relevant when: selected(\${MRR_AGE} , '2')</i>			
MRR_AGE_TEXT3 <i>(required)</i>	Edad del niño (años): <i>Question relevant when: selected(\${MRR_AGE} , '3')</i>			
note_age_ineligible	Este expediente no es elegible. Por favor, revisa expedientes de diarrea en niños menores de 5 años. <i>Question relevant when: \${calc_age_ineligible} = 1</i>			
group_eligible_date > group_eligible_age <i>Group relevant when: \${calc_age_ineligible} != 1</i>				
DIARRHEA <i>(required)</i>	¿El niño tiene diarrea?	1	Sí	
		0	No	
		-1	No registrado	
note_diarrhea_ineligible	Este expediente no es elegible. Ha indicado que el niño no tiene diarrea. Por favor vuelva a la pregunta anterior y cambie la respuesta O salga de la encuesta y revise solamente los registros de niños entre 0 y 59 meses de edad que tengan diarrea. <i>Question relevant when: not(selected(\${DIARRHEA} , '1'))</i>			
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible <i>Group relevant when: selected(\${DIARRHEA} , '1')</i>				
DEHYDRATION <i>(required)</i>	¿El niño tiene deshidratación?	1	Sí	
		0	No	
		-1	No registrado	
NEO_DIAR_GENDER <i>(required)</i>	Sexo del niño:	1	Masculino	
		2	Femenino	
		-1	No registrado	
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > fieldlist_neo_diar_symp_1				
label_neo_diar_symp_1	Anote si se registraron los siguientes síntomas.	1	Sí	
		0	No	
NEO_DIAR_SYMP_REG_GEN <i>(required)</i>	Condición general	1	Sí	
		0	No	

Field	Question	Answer		
NEO_DIAR_SYMP_REG_EYE <i>(required)</i>	Ojos	1	Sí	
		0	No	
NEO_DIAR_SYMP_REG_THIR <i>(required)</i>	Sed	1	Sí	
		0	No	
NEO_DIAR_SYMP_REG_SKIN <i>(required)</i>	Pliegues cutáneos	1	Sí	
		0	No	
NEO_DIAR_SYMP_REG_OTH1 <i>(required)</i>	Otro (especificar):	1	Sí	
		0	No	
NEO_DIAR_SYMP_OTH1_NAME	Especifique la otra síntoma <i>Question relevant when: selected(\${NEO_DIAR_SYMP_REG_OTH1} , '1')</i>			
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > group_neo_diar_gen <i>Group relevant when: selected(\${NEO_DIAR_SYMP_REG_GEN} , '1')</i>				
NEO_DIAR_SYMP_GEN	Por favor anote la documentación de los siguientes síntomas en el expediente: Condición general			
NEO_DIAR_SYMP_RES_GEN <i>(required)</i>	Condición general:	1	Alerta	
		2	Inquieto o irritable, llorando inconsolable	
		3	Letárgico, inconsciente, hipotónico	
NEO_DIAR_SYMP_DATE_GEN <i>(required)</i>	Fecha: Condición general DD/MM/AAAA			
NEO_DIAR_SYMP_TIME_GEN <i>(required)</i>	Hora: Condición general HH:MM			
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > group_neo_diar_eye <i>Group relevant when: selected(\${NEO_DIAR_SYMP_REG_EYE} , '1')</i>				
NEO_DIAR_SYMP_EYE	Por favor anote la documentación de los siguientes síntomas en el expediente: Ojos			
NEO_DIAR_SYMP_RES_EYE <i>(required)</i>	Condición: Ojos	1	Llanto con lágrimas	
		2	Llanto sin lágrimas (ojos hundidos)	
NEO_DIAR_SYMP_DATE_EYE <i>(required)</i>	Fecha: Ojos DD/MM/AAAA			
NEO_DIAR_SYMP_TIME_EYE <i>(required)</i>	Hora: Ojos HH:MM			
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > group_neo_diar_thir <i>Group relevant when: selected(\${NEO_DIAR_SYMP_REG_THIR} , '1')</i>				
NEO_DIAR_SYMP_THIR	Por favor anote la documentación de los siguientes síntomas en el expediente: Sed			
NEO_DIAR_SYMP_RES_THIR <i>(required)</i>	Condición: Sed	1	Normal	
		2	Aumentada, bebe ansiosamente	
		3	No puede beber	
NEO_DIAR_SYMP_DATE_THIR <i>(required)</i>	Fecha: Sed DD/MM/AAAA			
NEO_DIAR_SYMP_TIME_THIR <i>(required)</i>	Hora: Sed HH:MM			
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > group_neo_diar_skin <i>Group relevant when: selected(\${NEO_DIAR_SYMP_REG_SKIN} , '1')</i>				
NEO_DIAR_SYMP_SKIN	Por favor anote la documentación de los siguientes síntomas en el expediente: Pliegues cutáneos			
NEO_DIAR_SYMP_RES_SKIN <i>(required)</i>	Condición: Pliegues cutáneos	1	Normal	
		2	La marca de la presión desaparece lentamente	
NEO_DIAR_SYMP_DATE_SKIN <i>(required)</i>	Fecha: Pliegues cutáneos DD/MM/AAAA			
NEO_DIAR_SYMP_TIME_SKIN <i>(required)</i>	Hora: Pliegues cutáneos HH:MM			
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > group_neo_diar_oth1 <i>Group relevant when: selected(\${NEO_DIAR_SYMP_REG_OTH1} , '1')</i>				
NEO_DIAR_SYMP_RES_OTH1 <i>(required)</i>	Condición: [NEO_DIAR_SYMP_OTH1_NAME]			
NEO_DIAR_SYMP_DATE_OTH1 <i>(required)</i>	Fecha: [NEO_DIAR_SYMP_OTH1_NAME] DD/MM/AAAA			
NEO_DIAR_SYMP_TIME_OTH1 <i>(required)</i>	Hora: [NEO_DIAR_SYMP_OTH1_NAME] HH:MM			
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > fieldlist_neo_diar_symp_2				
label_neo_diar_symp_2	Por favor anote si se registraron los siguientes síntomas: <i>Si no se registró el síntoma, por favor seleccione "No registrado".</i>	1	Sí	
		0	No	
		-1	No registrado	

Field	Question	Answer	
NEO_DIAR_SYMP_REG_BEBER <i>(required)</i>	No puede beber o tomar el pecho	1	Sí
		0	No
		-1	No registrado
NEO_DIAR_SYMP_REG_CONVULS <i>(required)</i>	Convulsiones	1	Sí
		0	No
		-1	No registrado
NEO_DIAR_SYMP_REG_LETHARG <i>(required)</i>	Letárgico o inconsciente	1	Sí
		0	No
		-1	No registrado
NEO_DIAR_SYMP_REG_VOMIT <i>(required)</i>	Vomita todo	1	Sí
		0	No
		-1	No registrado
NEO_DIAR_SYMP_REG_OTH2 <i>(required)</i>	Otro (especificar):	1	Sí
		0	No
		-1	No registrado
NEO_DIAR_SYMP_OTH2_NAME	Especifique la otra síntoma <i>Question relevant when: selected(\${NEO_DIAR_SYMP_REG_OTH2} , '1')</i>		
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > fieldlist_neo_diar_check			
label_neo_diar_check	Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión.	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_CHECK_REG_PULS <i>(required)</i>	Pulso	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_CHECK_REG_HR <i>(required)</i>	Frecuencia cardiaca (fc)	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_CHECK_REG_CAP <i>(required)</i>	Relleno capilar	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_CHECK_REG_OTH1 <i>(required)</i>	Otro (especificar):	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_CHECK_OTH1_NAME	Especifique la otra revisión <i>Question relevant when: selected(\${NEO_DIAR_CHECK_REG_OTH1} , '1')</i>		
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > group_neo_diar_check_puls <i>Group relevant when: selected(\${NEO_DIAR_CHECK_REG_PULS} , '1')</i>			
NEO_DIAR_CHECK_REG_PULS_ALL	Por favor anote los valores, así como la fecha y hora de la primera revisión del pulso :		
NEO_DIAR_CHECK_NUM_PULS <i>(required)</i>	Valor: Pulso		
NEO_DIAR_CHECK_DATE_PULS <i>(required)</i>	Fecha: Pulso DD/MM/AAAA		
NEO_DIAR_CHECK_TIME_PULS <i>(required)</i>	Hora: Pulso HH:MM		
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > group_neo_diar_check_hr <i>Group relevant when: selected(\${NEO_DIAR_CHECK_REG_HR} , '1')</i>			
NEO_DIAR_CHECK_REG_HR_ALL	Por favor anote los valores, así como la fecha y hora de la primera revisión de la frecuencia cardiaca :		
NEO_DIAR_CHECK_NUM_HR <i>(required)</i>	Valor: Frecuencia cardiaca		
NEO_DIAR_CHECK_DATE_HR <i>(required)</i>	Fecha: Frecuencia cardiaca DD/MM/AAAA		
NEO_DIAR_CHECK_TIME_HR <i>(required)</i>	Hora: Frecuencia cardiaca HH:MM		
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > group_neo_diar_check_cap <i>Group relevant when: selected(\${NEO_DIAR_CHECK_REG_CAP} , '1')</i>			
NEO_DIAR_CHECK_REG_CAP_ALL	Por favor anote los valores, así como la fecha y hora de la primera revisión del Relleno capilar :		
NEO_DIAR_CHECK_NUM_CAP <i>(required)</i>	Valor: Relleno capilar		
NEO_DIAR_CHECK_DATE_CAP <i>(required)</i>	Fecha: Relleno capilar DD/MM/AAAA		
NEO_DIAR_CHECK_TIME_CAP <i>(required)</i>	Hora: Relleno capilar HH:MM		
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > group_neo_diar_check_oth1 <i>Group relevant when: selected(\${NEO_DIAR_CHECK_REG_OTH1} , '1')</i>			
NEO_DIAR_CHECK_REG_OTH1_ALL	Por favor anote los valores, así como la fecha y hora de la primera revisión de [NEO_DIAR_CHECK_OTH1_NAME] :		
NEO_DIAR_CHECK_NUM_OTH1 <i>(required)</i>	Valor: [NEO_DIAR_CHECK_OTH1_NAME]		
NEO_DIAR_CHECK_DATE_OTH1 <i>(required)</i>	Fecha: [NEO_DIAR_CHECK_OTH1_NAME] DD/MM/AAAA		
NEO_DIAR_CHECK_TIME_OTH1 <i>(required)</i>	Hora: [NEO_DIAR_CHECK_OTH1_NAME] HH:MM		

Field	Question	Answer	
NEO_DIAR_DIAG <i>(required)</i>	Anote el diagnóstico	1	Diarrea aguda sin deshidratación
		2	Diarrea aguda con deshidratación
		3	Diarrea aguda con deshidratación severa
		995	Otro (especificar):
		-1	No registrado
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > fieldlist_treatment			
label_treatment	Anote el tratamiento que se prescribió. <i>Anote todas las opciones que le indiquen.</i>	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_MAN_ORIS <i>(required)</i>	Se dio sales de rehidratación oral	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_MAN_INT <i>(required)</i>	Terapia de rehidratación intravenosa	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_MAN_ZINC <i>(required)</i>	Zinc	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_MAN_REF <i>(required)</i>	Referencia	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_MAN_OTH <i>(required)</i>	Otra (especificar)	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_MAN_OTH_SPEC	Especifique el otro tratamiento <i>Question relevant when: selected(\${NEO_DIAR_MAN_OTH} , '1')</i>		
group_eligible_date > group_eligible_age > Expediente elegible > fiedlist_treatment_home			
label_treatment_home	Anote si se recetó algo para consumir en casa:	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_HOME_PRES_ORIS <i>(required)</i>	Sales de rehidratación oral	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_HOME_PRES_ZINC <i>(required)</i>	Zinc	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_HOME_PRES_OTH1 <i>(required)</i>	Otro (especificar):	1	Sí
		0	No
NEO_DIAR_HOME_PRES_OTH1_NAME	Especifique el otro tratamiento <i>Question relevant when: selected(\${NEO_DIAR_HOME_PRES_OTH1} , '1')</i>		
MRR_DIAR_DIS_DATE_SPEC <i>(required)</i>	Fecha de egreso DD/MM/AAAA		
COMMENT_DIARRHEA	Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección.		
note_diar_end	Usted ha llegado al final de la encuesta.		
	Por favor haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. Usted no podrá revisar ninguno de los ingresos luego de hacer clic en el botón "enviar".		
	Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.		
	Gracias por su tiempo el día de hoy.		