



Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required

ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR Obstetric

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MUNICIPI, MRR_FACILITY_ID, MRR_TYPE_UNIT**Por favor tenga presente que todas las preguntas en esta sección se refieren a las mediciones y procedimientos realizados a la madre, salvo que se especifique de otra forma****Question:** MRR_DATE
Required

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)**Question:** MRR_INTERVW_ID1
Required

2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MUNICIPI
Required

Scale Summary

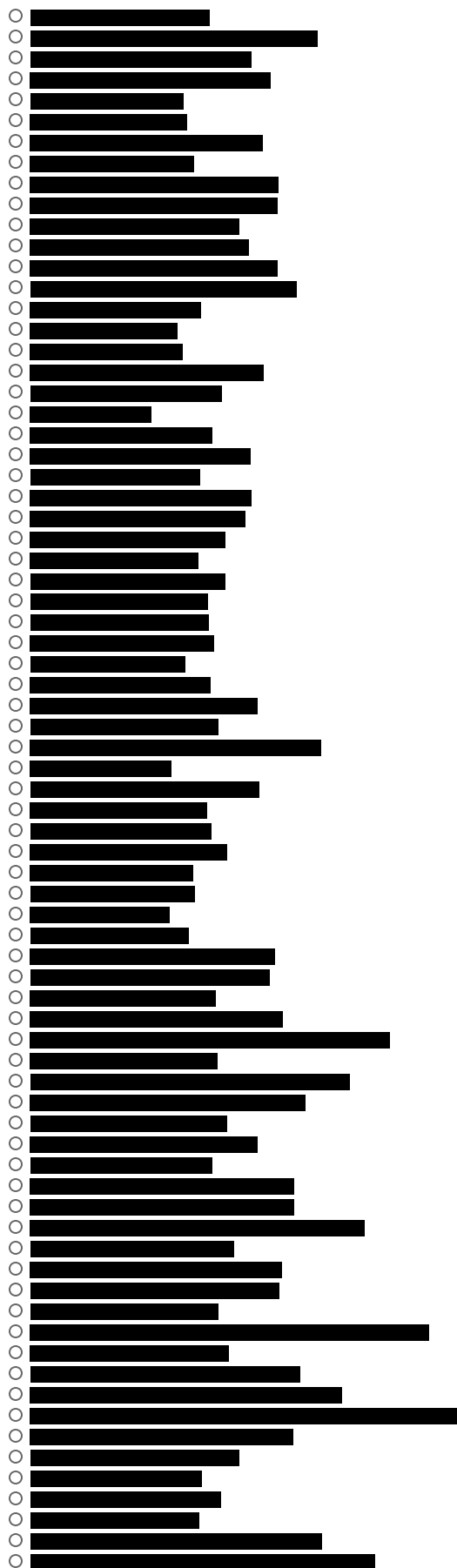
Code	Label	Show-If
1	Barillas	
2	Colotenango	
3	Comitanillo	
4	Concepción Tutuapa	
5	Ixchiguan	
6	La Reforma	
7	Nuevo Progreso	
8	San Gaspar Ixchil	
9	San Idelfonso Ixtahuacán	
10	San José Ojetenam	
11	San Juan Atitan	
12	San Lorenzo	
99	San Marcos	
13	San Mateo Ixtatán	
14	San Miguel Acatán	
15	San Miguel Ixtahuacán	
16	San Pedro Necta	
17	San Rafael la Independencia	
18	San Rafael Petzal	
19	San Sebastian Coatán	
20	San Sebastian Huehuetenango	
21	Santa Barbara	
22	Santa Eulalia	
23	Santiago Chimaltenango	
24	Sibinal	
25	Tacaná	
26	Tajumulco	
27	Todos Santos Cuchumatán	
999	Otros, especificar	



4. Identificación del municipio:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

Scale Summary		Show-If
Code	Label	
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	
10	10	
11	11	
12	12	
13	13	
14	14	
15	15	
16	16	
17	17	
18	18	
19	19	
20	20	
21	21	
22	22	
23	23	
24	24	
25	25	
26	26	
27	27	
28	28	
29	29	
30	30	
31	31	
32	32	
33	33	
34	34	
35	35	
36	36	
37	37	
38	38	
39	39	
40	40	
41	41	
42	42	
43	43	
44	44	
45	45	
46	46	
47	47	
48	48	
49	49	
50	50	
51	51	
52	52	
53	53	
54	54	
55	55	
56	56	
57	57	
58	58	
59	59	
60	60	
61	61	
62	62	
63	63	
64	64	
65	65	
66	66	
67	67	
68	68	
69	69	
70	70	
71	71	
72	72	
73	73	
74	74	
75	75	
76	76	
77	77	
78	78	
79	79	
80	80	
81	81	
82	82	
83	83	
84	84	
85	85	
86	86	
87	87	
88	88	
89	89	
90	90	
91	91	
92	92	
93	93	
94	94	
95	95	
96	96	
97	97	
98	98	
99	99	
100	100	



Question: MRR_TYPE_UNIT Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Centro comunitario	
2	Centro de Salud	
3	Puesto de Salud	
4	Unidad mínima de Salud	

5	Centro de convergencia	
6	CAP	
7	CAIMI	
8	CENAPA	
9	Hospital	

6. Primero quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿Qué tipo de servicio de salud es éste?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Centro comunitario
☐ Centro de Salud
☐ Puesto de Salud
☐ Unidad mínima de Salud
☐ Centro de convergencia
☐ CAP
☐ CAIMI
☐ CENAPA
☐ Hospital

Collection: MRR Obstetric
Contains: MATERNAL_COMPLICATIONS

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Collection: MATERNAL_COMPLICATIONS
Contains: MRR_WOM_DEL_COMP, MRR_SELECTION, MRR_GENERAL, SEPSIS, HEMORRHAGE, PRE-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA

Complicaciones maternas

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

Custom Layout Question: WOM_ICD_CODE



7.

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

Código CIE-10 principal	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> o <input type="checkbox"/> No registrado	<input type="text"/> o <input type="checkbox"/> No registrado
Código CIE-10 segundo	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> o <input type="checkbox"/> No registrado	<input type="text"/> o <input type="checkbox"/> No registrado
Código CIE-10 tercero	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> o <input type="checkbox"/> No registrado	<input type="text"/> o <input type="checkbox"/> No registrado
Código CIE-10 cuarto	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> o <input type="checkbox"/> No registrado	<input type="text"/> o <input type="checkbox"/> No registrado
Código CIE-10 quinto	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> o <input type="checkbox"/> No registrado	<input type="text"/> o <input type="checkbox"/> No registrado

Question: MRR_WOM_DEL_COMP
Minimum checks: 1



8. ¿Tuvo la mujer alguna de las siguientes complicaciones?

- ☐ Sepsis
☐ Hemorragia
☐ Pre-eclampsia severa
☐ Eclampsia
☐ Ninguna

Question: MRR_SELECTION
Required

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



9. Método para elegir expediente:

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

Jump-To: JMP3

Description:

Jump-To-Item: NO_COMPL

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

Collection: MRR_GENERAL

Contains: WOM_ADM_DATE, WOM_ADM_TIME, WOM_IDENTIFY_DATE, WOM_IDENTIFY_TIME, WOM_ADM_REFFROM, WOM_REF_ACCOMFROM, WOM_REF_DATEFROM, WOM_REF_TIMEFROM, WOM_REF_TYPEFROM, WOM_REF_MUNICIPFROM, WOM_REF_NAMEFROM, MRR_AGE, MRR_LITERACY, MRR_MAR_STAT, MRR_ETHNICITY, MRR_AREA, MRR_EDU, WOM_MUNICIP_ID, WOM_GESTAGE, WOM_BABYCOMPL, WOM_BABYBIRTH_WHERE, WOM_BABYBIRTH_WHERE_FACILITY, WOM_BABYBIRTH_DATE, WOM_BABYBIRTH_TIME

Question: WOM_ADM_DATE
Required

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




10. Indique si los siguientes fueron registrados para usuarios:

Fecha de admisión/ ingreso:

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

Question: WOM_ADM_TIME**Required**

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


 11. Indique si los siguientes fueron registrados para usuarias:

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_IDENTIFY_DATE**Required**


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

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

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

Question: WOM_IDENTIFY_TIME**Required**


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

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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_ADM_REFFROM**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 14. ¿La mujer fue referida/traslado a esta unidad desde otra unidad de salud?

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_REF_ACCOMFROM**Required****Show if:** (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])


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

 15. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador de la unidad de salud?

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

Question: WOM_REF_DATEFROM**Required****Show if:** (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])


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

 16. Fecha de referida/traslado desde otra unidad medica:

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

Question: WOM_REF_TIMEFROM**Required****Show if:** (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])

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

 17. Hora que fue referida/traslado desde una unidad medica:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_REF_TYPEFROM

Required**Show if:** (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Centro comunitario	
2	Centro de Salud	
3	Puesto de Salud	
4	Unidad mínima de Salud	
5	Centro de convergencia	
6	CAP	
7	CAIMI	
8	CENAPA	
9	Hospital	



18. Tipo de unidad de salud desde la que fue referida/traslado la mujer:

- ☐ Centro comunitario
- ☐ Centro de Salud
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Unidad mínima de Salud
- ☐ Centro de convergencia
- ☐ CAP
- ☐ CAIMI
- ☐ CENAPA
- ☐ Hospital

Question: WOM_REF_MUNICIPFROM**Required****Show if:** (WOM_ADM_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Barillas	
2	Colotenango	
3	Comitancillo	
4	Concepción Tutuapa	
5	Ixchiguan	
6	La Reforma	
7	Nuevo Progreso	
8	San Gaspar Ixchil	
9	San Idelfonso Ixtahuacán	
10	San José Ojetenam	
11	San Juan Atitan	
12	San Lorenzo	
99	San Marcos	
13	San Mateo Ixtatán	
14	San Miguel Acatán	
15	San Miguel Ixtahuacán	
16	San Pedro Necta	
17	San Rafael la Independencia	
18	San Rafael Petzal	
19	San Sebastian Coatan	
20	San Sebastian Huehuetenango	
21	Santa Barbara	
22	Santa Eulalia	
23	Santiago Chimaltenango	
24	Sibinal	
25	Tacaná	
26	Tajumulco	
27	Todos Santos Cuchumatán	
999	Otros, especificar	



19. ¿Desde cual municipio fue la unidad?

- ☐ Barillas
- ☐ Colotenango
- ☐ Comitancillo
- ☐ Concepción Tutuapa
- ☐ Ixchiguan
- ☐ La Reforma
- ☐ Nuevo Progreso
- ☐ San Gaspar Ixchil
- ☐ San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ San José Ojetenam
- ☐ San Juan Atitan
- ☐ San Lorenzo
- ☐ San Marcos
- ☐ San Mateo Ixtatán
- ☐ San Miguel Acatán
- ☐ San Miguel Ixtahuacán
- ☐ San Pedro Necta
- ☐ San Rafael la Independencia
- ☐ San Rafael Petzal
- ☐ San Sebastian Coatan
- ☐ San Sebastian Huehuetenango
- ☐ Santa Barbara
- ☐ Santa Eulalia
- ☐ Santiago Chimaltenango
- ☐ Sibinal
- ☐ Tacaná
- ☐ Tajumulco
- ☐ Todos Santos Cuchumatán

☐ Otros, especificar

Question: WOM_REF_NAMEFROM

Required

Show if: (WOM_ADM_REFFROM = 1:[SI])

Scale Summary		Show-If
Code	Label	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

20. ¿Desde cual unidad de salud fue la mujer



Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de ingreso fue . Por favor revisa expedientes donde la fecha de ingreso fue entre xx/xx/xxxx-xx/xx/xxxx.

Revise la Hoja de Registro de Admisión y Egreso Hospitalario, sino esta disponible busque en el expediente la siguiente información sobre datos personales.

Question: MRR_AGE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
0	no registrada	



21. Edad:

- ☐
- ☐ no registrada

Question: MRR_LITERACY**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alfabeta	
0	Analfabeta	
-1	No registrado	



22. Alfabetismo (lee y escribe):

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

Question: MRR_MAR_STAT**Required**

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



23. Estado civil/familiar:

- ☐ Casada
- ☐ Unión estable
- ☐ Soltera
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Acompañada
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: MRR_ETHNICITY**Required**

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



24. Etnia:

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

Question: MRR_AREA**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Urbana	
2	Rural	
-1	No registrado	



25. Área:

- ☐ Urbana
- ☐ Rural
- ☐ No registrado

Question: MRR_EDU**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria	
3	Secundaria	
4	Preparatoria	
5	Universidad	
-1	No registrado	



26. Educación

- ☐ Ninguna
- ☐ Primaria

- ☐ Secundaria
- ☐ Preparatoria
- ☐ Universidad
- ☐ No registrado

Question: WOM_MUNICIP_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Barillas	
2	Colotenango	
3	Comitancillo	
4	Concepción Tutuapa	
5	Ixchiguan	
6	La Reforma	
7	Nuevo Progreso	
8	San Gaspar Ixchil	
9	San Idelfonso Ixtahuacán	
10	San José Ojetenam	
11	San Juan Atitan	
12	San Lorenzo	
99	San Marcos	
13	San Mateo Ixtatán	
14	San Miguel Acatán	
15	San Miguel Ixtahuacán	
16	San Pedro Necta	
17	San Rafael la Independencia	
18	San Rafael Petzal	
19	San Sebastian Coatan	
20	San Sebastian Huehuetenango	
21	Santa Barbara	
22	Santa Eulalia	
23	Santiago Chimaltenango	
24	Sibinal	
25	Tacaná	
26	Tajumulco	
27	Todos Santos Cuchumatan	
999	Otros, especificar	

27. ¿Cual es el municipio de procedencia de la mujer?

☐ Barillas

☐ Colotenango

☐ Comitancillo

☐ Concepción Tutuapa

☐ Ixchiguan

☐ La Reforma

☐ Nuevo Progreso

☐ San Gaspar Ixchil

☐ San Idelfonso Ixtahuacán

☐ San José Ojetenam

☐ San Juan Atitan

☐ San Lorenzo

☐ San Marcos

☐ San Mateo Ixtatán

☐ San Miguel Acatán

☐ San Miguel Ixtahuacán

☐ San Pedro Necta

☐ San Rafael la Independencia

☐ San Rafael Petzal

☐ San Sebastian Coatan

☐ San Sebastian Huehuetenango

☐ Santa Barbara

☐ Santa Eulalia

☐ Santiago Chimaltenango

☐ Sibinal

☐ Tacaná

☐ Tajumulco

☐ Todos Santos Cuchumatan

☐ Otros, especificar

Question: WOM_GESTAGE
Required

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

28. Edad gestacional

☐ Edad: semanas

☐ No registrado

Question: WOM_BABYCOMPL
Minimum checks: 1

29. Anote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

☐ Sepsis


☐ Asfixia

☐ Bajo peso al nacer

- ☐
- ☐ Prematurez
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones

Question: WOM_BABYBIRTH_WHERE**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En esta unidad de salud	
2	En otra unidad de salud	
3	En la casa	
4	Camino a esta unidad de salud / durante traslado	
5	El nacimiento no ocurrió	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 30. ¿Dónde ocurrió este nacimiento?

- ☐ En esta unidad de salud
- ☐ En otra unidad de salud
- ☐ En la casa
- ☐ Camino a esta unidad de salud / durante traslado
- ☐ El nacimiento no ocurrió
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: WOM_BABYBIRTH_WHERE_FACILITY**Required****Show if:** (WOM_BABYBIRTH_WHERE = 2:[En otra unidad de salud])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Centro comunitario	
2	Centro de Salud	
3	Puesto de Salud	
4	Unidad mínima de Salud	
5	Centro de convergencia	
6	CAP	
7	CAIMI	
8	CENAPA	
9	Hospital	

 31. ¿En qué tipo de unidad ocurrió este nacimiento?

- ☐ Centro comunitario
- ☐ Centro de Salud
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Unidad mínima de Salud
- ☐ Centro de convergencia
- ☐ CAP
- ☐ CAIMI
- ☐ CENAPA
- ☐ Hospital

Question: WOM_BABYBIRTH_DATE**Required****Show if:** (WOM_BABYBIRTH_WHERE ≠ 5:[El nacimiento no ocurrió])

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


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

Fecha de nacimiento

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

Question: WOM_BABYBIRTH_TIME**Required****Show if:** (WOM_BABYBIRTH_WHERE ≠ 5:[El nacimiento no ocurrió])

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

 33. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebé

Hora de nacimiento (horario de 24 horas)

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: SEPSIS**Contains:** SEP**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)*Anote si se registró lo siguiente para la usuaria con sepsis.***Collection:** SEP**Contains:** WOM_SEP_CAUSE_, WOM_SEP_CAUSE_OTH_SPEC, WOM_SEP_PROCEDURES_, WOM_SEP_PROCEDURES_OTH_SPEC, WOM_SEP_MEDICATIONS, WOM_SEP_SPECIAL_EVER, WOM_SEP_SPECIAL_TYPE, WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_SEP_RESULT, WOM_SEP_DISPOSITION, WOM_SEP_RESOLVE_DATE, WOM_SEP_RESOLVE_TIME, WOM_SEP_REF_REAS, WOM_SEP_REF_ACCOMTO, WOM_SEP_REF_TYPTETO, WOM_SEP_REF_MUNICIPTO, WOM_SEP_REF_NAMETO, WOM_SEP_DIS_DATE, WOM_SEP_DIS_TIME, WOM_SEP_DEATH_DATE, WOM_SEP_DEATH_TIME**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

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

primera revisión para cada una

Custom Layout Question: WOM_SEP_CHECK

34.

Presión arterial (PA)

/

Pulso

 por

Frecuencia cardíaca (fc)

 minuto

Frecuencia respiratoria (fr)

 por

Temperatura (T°)

 °C

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Registrado

Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: WOM_SEP_BASIC_CHECK2

35.

Registrado (si/no)

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Sangrado vaginal

Fluido vaginal

Loquios con mal odor

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_LAB

36.

Registrado

Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Leucocitos

 x10^{^3}/liter

Recuento de plaquetas

Hemoglobina (Hgb o Hb)

Hematocrito (Hto o Hct)

Biometría hemática

Grupo sanguíneo

Factor RH

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Question Block: WOM_SEP_CAUSE

Contains: WOM_SEP_CAUSE_ABORT, WOM_SEP_CAUSE_ABORT2, WOM_SEP_CAUSE_PRERUPTURE, WOM_SEP_CAUSE_PERF, WOM_SEP_CAUSE_ATONY, WOM_SEP_CAUSE_CORIO, WOM_SEP_CAUSE_ABSCESS, WOM_SEP_CAUSE_PELVICABSCESS, WOM_SEP_CAUSE_ECTINFECT, WOM_SEP_CAUSE_PELVIPER, WOM_SEP_CAUSE_PELVIDES, WOM_SEP_CAUSE_PELVIPRES, WOM_SEP_CAUSE_CANALTEAR, WOM_SEP_CAUSE_EPISTOINFECT, WOM_SEP_CAUSE_POSTENDO, WOM_SEP_CAUSE_FEVER, WOM_SEP_CAUSE_RETAIN, WOM_SEP_CAUSE_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

37.


Seleccione la causa de la sepsis (todas las que apliquen)

(ANOTE TODAS LAS OPCIIONES QUE APLIQUEN DE ACUERDO A LO REGISTRADO EN EL EXPEDIENTE)

	Sí	No
Aborto séptico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruptura prematura de las membranas (RPM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antonia uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corioaminoitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abscesos (en general)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absceso pélvico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embarazos ectopicos infectados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelviperitonitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desprendimiento de placenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Placenta previa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desgarro de canal vaginal/cervial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Episiotomía infectada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endometritis postparto o post-cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiebre puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retención de restos placentarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: WOM_SEP_CAUSE_OTH_SPEC
Required
Show if: (WOM_SEP_CAUSE_OTH = 1:[SI])

 38. Sí la respuesta es un otro razón, especifique:

Question Block: WOM_SEP_PROCEDURES
Contains: WOM_SEP_PROCEDURES_AMEU, WOM_SEP_PROCEDURES_CAVIDAD, WOM_SEP_PROCEDURES_LEGRADO, WOM_SEP_PROCEDURES_HIST, WOM_SEP_PROCEDURES_LAP, WOM_SEP_PROCEDURES_SUTURE, WOM_SEP_PROCEDURES_SURG, WOM_SEP_PROCEDURES_DRENAJE, WOM_SEP_PROCEDURES_SALPIN, WOM_SEP_PROCEDURES_OTH
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 39. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN DE ACUERDO A LO REGISTRADO EN EL EXPEDIENTE)

	Sí	No
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revisión de cavidad uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legrado instrumental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Histerectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparotomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sutura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reparación quirúrgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drenaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salpinguectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: WOM_SEP_PROCEDURES_OTH_SPEC
Required
Show if: (WOM_SEP_PROCEDURES_OTH = 1:[SI])

 40. Sí la respuesta es un otro procedimiento, especifique:

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: WOM_SEP_MED

41.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Amikacina	<input type="text" value="v"/>	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="text" value="v"/>	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="text" value="v"/>	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ampicilina	<input type="text" value="v"/>	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metronidazol	<input type="text" value="v"/>	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penicilina	<input type="text" value="v"/>	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Penicilina cristalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Piperacilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tazobactam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_SEP_MEDICATIONS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



42. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: WOM_SEP_SPECIAL_EVER**Required**

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



43. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?

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

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

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



44. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?

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

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

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



45. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

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

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

46. Hora de primera evaluación por la especialista



- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_RESULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Cesárea rutina	
3	Cesárea emergencia	
4	Aborto	
995	Otro	
-1	No registrado	



47. Resultado del embarazo:

- ☐ Parto vaginal
- ☐ Cesárea rutina
- ☐ Cesárea emergencia
- ☐ Aborto
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_DISPOSITION**Required**

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



48. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

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

Question: WOM_SEP_RESOLVE_DATE**Required**

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



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

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

Question: WOM_SEP_RESOLVE_TIME**Required**

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



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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Question: WOM_SEP_REF_REAS**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

51. Razón por la que fue referida/traslado:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Sangrado
- ☐ Loquios
- ☐ Choque séptico
- ☐ Descompensada
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_REF_ACCOMTO**Required****Show if:** (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

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

 52. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?


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

Question: WOM_SEP_REF_TYPTETO

Required

Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Centro comunitario	
2	Centro de Salud	
3	Puesto de Salud	
4	Unidad mínima de Salud	
5	Centro de convergencia	
6	CAP	
7	CAIMI	
8	CENAPA	
9	Hospital	

 53. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer


- ☐ Centro comunitario
- ☐ Centro de Salud
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Unidad mínima de Salud
- ☐ Centro de convergencia
- ☐ CAP
- ☐ CAIMI
- ☐ CENAPA
- ☐ Hospital

Question: WOM_SEP_REF_MUNICIPTO

Required

Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Barillas	
2	Colotenango	
3	Comitancillo	
4	Concepción Tutuapa	
5	Ixchiguan	
6	La Reforma	
7	Nuevo Progreso	
8	San Gaspar Ixchil	
9	San Idelfonso Ixtahuacán	
10	San José Ojetenam	
11	San Juan Atitan	
12	San Lorenzo	
99	San Marcos	
13	San Mateo Ixtatán	
14	San Miguel Acatán	
15	San Miguel Ixtahuacán	
16	San Pedro Necta	
17	San Rafael la Independencia	
18	San Rafael Petzaj	
19	San Sebastian Coatan	
20	San Sebastian Huehuetenango	
21	Santa Barbara	
22	Santa Eulalia	
23	Santiago Chimaltenango	
24	Sibinal	
25	Tacaná	
26	Tajumulco	
27	Todos Santos Cuchumatán	
999	Otros, especificar	

 54. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Barillas
- ☐ Colotenango
- ☐ Comitancillo
- ☐ Concepción Tutuapa
- ☐ Ixchiguan
- ☐ La Reforma
- ☐ Nuevo Progreso
- ☐ San Gaspar Ixchil
- ☐ San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ San José Ojetenam
- ☐ San Juan Atitan
- ☐ San Lorenzo
- ☐ San Marcos
- ☐ San Mateo Ixtatán
- ☐ San Miguel Acatán
- ☐ San Miguel Ixtahuacán
- ☐ San Pedro Necta
- ☐ San Rafael la Independencia
- ☐ San Rafael Petzaj
- ☐ San Sebastian Coatan

- ☐ San Sebastian Huehuetenango
- ☐ Santa Barbara
- ☐ Santa Eulalia
- ☐ Santiago Chimaltenango
- ☐ Sibinal
- ☐ Tacaná
- ☐ Tajumulco
- ☐ Todos Santos Cuchumatán
- ☐ Otros, especificar

Question: WOM_SEP_REF_NAMETO

Required

Show if: (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

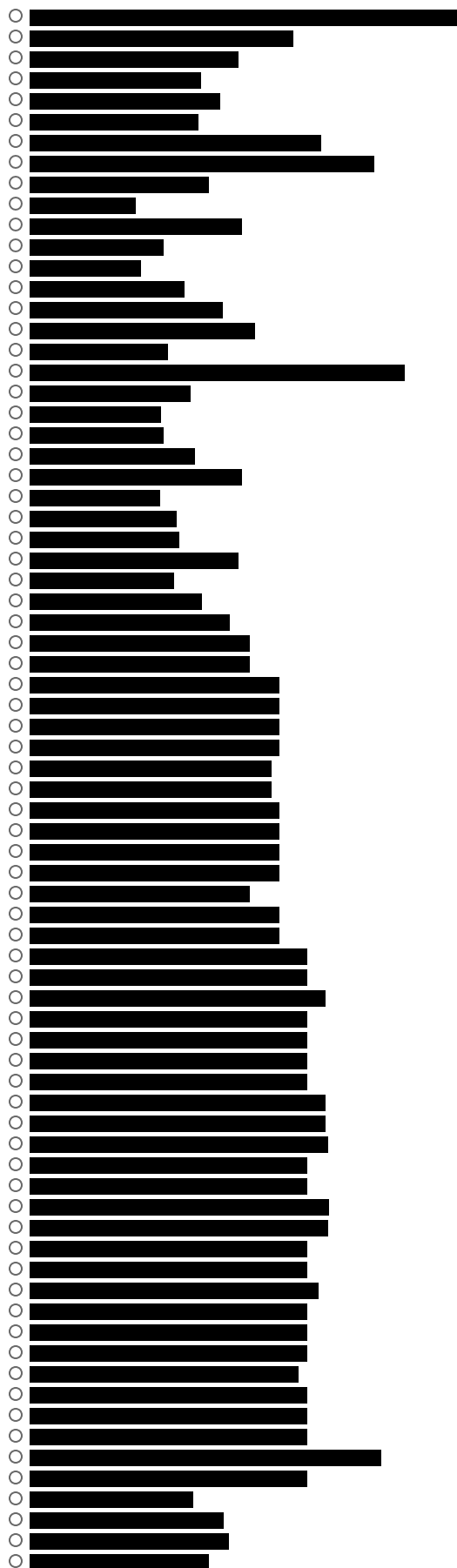
Scale Summary		Show-If
Code	Label	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

55. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

55. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

-
- | Response | Percentage |
|---|------------|
| Yes, the U.S. should take action to address climate change | 95% |
| No, the U.S. should not take action to address climate change | 5% |






☐ Otro

Question: WOM_SEP_DIS_DATE

Required

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

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

 56. Fecha de egreso/referida/traslado

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

Question: WOM_SEP_DIS_TIME

Required

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

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

 57. Hora de egreso/referida/traslado


- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_DEATH_DATE

Required

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

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

 58. Fecha de defunción


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

Question: WOM_SEP_DEATH_TIME

Required

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

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

 59. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: HEMORRHAGE

Contains: HEM

Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

Anote si se registró lo siguiente para la usuaria con hemorragia.

Collection: HEM

Contains: WOM_HEM_CAUSE_, WOM_HEM_CAUSE_OTH_SPEC, WOM_HEM_PROCEDURES_, WOM_HEM_REPOSITION_SED, WOM_HEM_REPOSITION_SURG, WOM_HEM_MANUAL_SED, WOM_HEM_PROCEDURES_OTH_SPEC, WOM_HEM_BLOODLOSS, WOM_HEM_BLOODLOSS_QUAL, WOM_HEM_TRANS, WOM_HEM_TRANS_NUM, WOM_HEM_MEDICATIONS, WOM_HEM_SPECIAL_EVER, WOM_HEM_SPECIAL_TYPE, WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_HEM_RESULT, WOM_HEM_DISPOSITION, WOM_HEM_RESOLVE_DATE, WOM_HEM_RESOLVE_TIME, WOM_HEM_REF_REASTO, WOM_HEM_REF_ACCOMTO, WOM_HEM_REF_TYPTETO, WOM_HEM_REF_MUNICIPTO, WOM_HEM_REF_NAMETO, WOM_HEM_DIS_DATE, WOM_HEM_DIS_TIME, WOM_HEM_DEATH_DATE, WOM_HEM_DEATH_TIME

Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_CHECK



60.

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial (PA)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado de conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: WOM_HEM_CHECK2



61.

Registrado (si/no) Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Frecuencia cardiaca fetal por minuto

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_LAB

62.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Tiempo de protrombina (TP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	segundo	<input type="text"/>
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	segundo	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	x10^3/L	<input type="text"/>
Hemoglobina (Hgb o Hb)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL	<input type="text"/>
Hematocrito (Hto o Hct)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Grupo sanguíneo	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Factor RH	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Question Block: WOM_HEM_CAUSE_

Contains: WOM_HEM_CAUSE_ABORT, WOM_HEM_CAUSE_ABORT2, WOM_HEM_CAUSE_ABORT3, WOM_HEM_CAUSE_RETAIN, WOM_HEM_CAUSE_RETAINPART, WOM_HEM_CAUSE_RESTOS, WOM_HEM_CAUSE_PLACENT, WOM_HEM_CAUSE_PREVIA, WOM_HEM_CAUSE_PREVIA2, WOM_HEM_CAUSE_PREMATURE, WOM_HEM_CAUSE_PLACENTA, WOM_HEM_CAUSE RUPTURE, WOM_HEM_CAUSE RUPTUREV, WOM_HEM_CAUSE RUPTUREC, WOM_HEM_CAUSE_ ATONY, WOM_HEM_CAUSE_ HIPO, WOM_HEM_CAUSE_ ECTOPIC, WOM_HEM_CAUSE_ ECTOPICROTO, WOM_HEM_CAUSE_ DESCERV, WOM_HEM_CAUSE_ DESCANAL, WOM_HEM_CAUSE_ DESVULVO, WOM_HEM_CAUSE_ INVERSION, WOM_HEM_CAUSE_ OTRO

Required

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

63. Seleccione la causa de la hemorragia (todas las que apliquen)

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aborto complicado (en general)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aborto incompleto complicado con hemorragia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemorragia consecutiva al aborto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retención total de placenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retención parcial de placenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Restos placentarios o corioplacentarios	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acretismo placentario	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Placenta previa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Placenta previa con hemorragia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Desprendimiento prematuro de placenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Desprendimiento de placenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ruptura uterina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ruptura vaginales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ruptura cervicales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Atonía uterina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hipotonía	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Embarazo ectópico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Embarazo ectópico roto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Desgarros cervicales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Desgarros de canal vaginal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Desgarros vulvo-perineal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inversión uterina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_HEM_CAUSE_OTH_SPEC

Required

Show If: (WOM_HEM_CAUSE_OTRO = 1:[Sí])

64. Sí la respuesta es un otro razón, especifique:



Question Block: WOM_HEM_PROCEDURES_
Contains: WOM_HEM_PROCEDURES_AMEU, WOM_HEM_PROCEDURES_CAVIDAD, WOM_HEM_PROCEDURES_LEGRADO, WOM_HEM_PROCEDURES_CSEC, WOM_HEM_PROCEDURES_HIST, WOM_HEM_PROCEDURES_LAP, WOM_HEM_PROCEDURES_FIB, WOM_HEM_PROCEDURES_BLYNCH, WOM_HEM_PROCEDURES_SUTURE2, WOM_HEM_PROCEDURES_SUTURE, WOM_HEM_PROCEDURES_SURG, WOM_HEM_PROCEDURES_DRENAJE, WOM_HEM_PROCEDURES_SALPIN, WOM_HEM_PROCEDURES_MASAJE, WOM_HEM_PROCEDURES_BIMAN, WOM_HEM_PROCEDURES_AORTA, WOM_HEM_PROCEDURES_TAP, WOM_HEM_PROCEDURES_BALON, WOM_HEM_PROCEDURES_STOP, WOM_HEM_PROCEDURES_MANUAL, WOM_HEM_PROCEDURES_REP, WOM_HEM_PROCEDURES_HYOART, WOM_HEM_PROCEDURES_UTART, WOM_HEM_PROCEDURES_OTRART, WOM_HEM_PROCEDURES_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



65. Añote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revisión de cavidad uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legrado instrumental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Histerectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparotomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sutura di B-Lynch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suturas compresivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sutura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reparación quirúrgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drenaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salpinguectomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masaje uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compresión bimanual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compresión de la aorta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taponamiento uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Balón hidrostático / Balón de Bakri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangrado se detuvo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción manual (de la placenta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reposición o restitución del útero con técnicas no quirúrgicas (como mainbra de Johnson) o quirúrgicas (como maniobras de Huntington o de Haultani)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligadura de la arteria hipogástrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligadura de la arteria uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro tipo de ligadura de la arteria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: WOM_HEM_REPOSITION_SED

Required

Show if: (WOM_HEM_PROCEDURES_REP = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, con analgésicos	
2	Sí, con sedacion	
3	Sí, con anestesia	
0	No	
-1	No registrado	



66. ¿Le administraron anestesia o sedantes a la mujer durante la reposición del útero?

- ☐ Sí, con analgésicos
- ☐ Sí, con sedacion
- ☐ Sí, con anestesia
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_REPOSITION_SURG

Required

Show if: (WOM_HEM_PROCEDURES_REP = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Técnica no quirúrgica (especificar):	
2	Técnica quirúrgica (especificar):	
-1	No registrado	

67. ¿Que técnica se usó durante el reposición del útero?

- ☐ Técnica no quirúrgica (especificar):
- ☐ Técnica quirúrgica (especificar):
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_MANUAL_SED

Required

Show if: (WOM_HEM_PROCEDURES_MANUAL = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, con analgésicos	
2	Sí, con sedación	
3	Sí, con anestesia	
0	No	
-1	No registrado	

68. ¿Le administraron anestesia o sedantes a la mujer durante la extracción de la placenta?

- ☐ Sí, con analgésicos
- ☐ Sí, con sedación
- ☐ Sí, con anestesia
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_PROCEDURES_OTH_SPEC

Required

Show if: (WOM_HEM_PROCEDURES_OTH = 1:[SI])

69. Si la respuesta es un otro procedimiento, especifique:

Question: WOM_HEM_BLOODLOSS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cantidad de sangre	
-1	No registrado	

70. ¿Cuánta sangre perdió la mujer durante la complicación?

- ☐ Cantidad de sangre
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_BLOODLOSS_QUAL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

71. ¿Existe alguna valoración cualitativa sobre la cantidad de sangre perdida

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: WOM_HEM_TRANS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

72. ¿La mujer recibió alguna transfusión de sangre?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: WOM_HEM_TRANS_NUM

Required

Show if: (WOM_HEM_TRANS = 1:[SI])

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

73. ¿Cuántos mililitros de sangre recibió la mujer?

- ☐ ml
- ☐ No registrado

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_MED

	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
74. Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato de Ringer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hartman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solución salina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Misoprostol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metilergonovina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro uterotónico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_HEM_MEDICATIONS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



75. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_HEM_SPECIAL_EVER**Required**

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



76. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?

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

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

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



77. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?

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

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

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




78. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_TIME**Required****Show if:** (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM_HEM_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM_HEM_SPECIAL_EVER =

995:[Sí, marcado con otro método (especificar):]

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


 79. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_RESULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Cesárea rutina	
3	Cesárea emergencia	
4	Aborto	
995	Otro	
-1	No registrado	


 80. Resultado del embarazo:

- ☐ Parto vaginal
- ☐ Cesárea rutina
- ☐ Cesárea emergencia
- ☐ Aborto
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_DISPOSITION

Required

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

 81. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

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

Question: WOM_HEM_RESOLVE_DATE

Required

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


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

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

Question: WOM_HEM_RESOLVE_TIME

Required

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


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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_REF_REASTO

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

 84. Razón por la que fue referida/traslado:

- ☐ Baja presión arterial
- ☐ Baja hemoglobina
- ☐ Sangrado
- ☐ Loquios
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_REF_ACCOMTO

Required

Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, por un médico	

2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	



85. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?

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

Question: WOM_HEM_REF_TYPETO

Required

Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Centro comunitario	
2	Centro de Salud	
3	Puesto de Salud	
4	Unidad mínima de Salud	
5	Centro de convergencia	
6	CAP	
7	CAIMI	
8	CENAPA	
9	Hospital	



86. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer

- ☐ Centro comunitario
- ☐ Centro de Salud
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Unidad mínima de Salud
- ☐ Centro de convergencia
- ☐ CAP
- ☐ CAIMI
- ☐ CENAPA
- ☐ Hospital

Question: WOM_HEM_REF_MUNICIPTO

Required

Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Barillas	
2	Colotenango	
3	Comitancillo	
4	Concepción Tutuapa	
5	Ixchiguan	
6	La Reforma	
7	Nuevo Progreso	
8	San Gaspar Ixchil	
9	San Idelfonso Ixtahuacán	
10	San José Ojetenam	
11	San Juan Atitan	
12	San Lorenzo	
99	San Marcos	
13	San Mateo Ixtatán	
14	San Miguel Acatán	
15	San Miguel Ixtahuacán	
16	San Pedro Necta	
17	San Rafael la Independencia	
18	San Rafael Petzal	
19	San Sebastian Coatán	
20	San Sebastian Huehuetenango	
21	Santa Barbara	
22	Santa Eulalia	
23	Santiago Chimaltenango	
24	Sibinal	
25	Tacaná	
26	Tajumulco	
27	Todos Santos Cuchumatán	
999	Otros, especificar	



87. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Barillas
- ☐ Colotenango
- ☐ Comitancillo
- ☐ Concepción Tutuapa
- ☐ Ixchiguan
- ☐ La Reforma
- ☐ Nuevo Progreso
- ☐ San Gaspar Ixchil
- ☐ San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ San José Ojetenam
- ☐ San Juan Atitan
- ☐ San Lorenzo
- ☐ San Marcos
- ☐ San Mateo Ixtatán
- ☐ San Miguel Acatán
- ☐ San Miguel Ixtahuacán

- ☐ San Pedro Necta
☐ San Rafael la Independencia
☐ San Rafael Petzal
☐ San Sebastian Coatan
☐ San Sebastian Huehuetenango
☐ Santa Barbara
☐ Santa Eulalia
☐ Santiago Chimaltenango
☐ Sibinal
☐ Tacaná
☐ Tajumulco
☐ Todos Santos Cuchumatán
☐ Otros, especificar

Question: WOM_HEM_REF_NAME TO

Required

Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		Show-If
Code	Label	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

88. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

-
- | Government | Percentage |
|---------------------|------------|
| Current government | 100% |
| Previous government | 0% |





- ☐ [Redacted]
☐ [Redacted]
☐ [Redacted]
☐ [Redacted]
☐ Otro

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

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



89. Fecha de egreso/referida/traslado

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

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

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



90. Hora de egreso/referida/traslado

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_HEM_DEATH_DATE**Required****Show if:** (WOM_HEM_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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



91. Fecha de defunción

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

Question: WOM_HEM_DEATH_TIME**Required****Show if:** (WOM_HEM_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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



92. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Collection: PRE-ECLAMPSIA**Contains:** PRE_**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)Indique si los siguientes fueron registrados para usuarias con [pre-eclampsia](#)**Collection:** PRE_**Contains:** WOM_PRE_CHECK_BP_160, WOM_PRE_CHECK_BP_160_SPEC, WOM_PRE_CHECK_BP_110, WOM_PRE_CHECK_BP_110_SPEC, WOM_PRE_MEDICATIONS, WOM_PRE_SPECIAL_EVER, WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_PRE_SPECIAL_TYPE, WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_PRE_RESULT, WOM_PRE_RESULT_CSECT, WOM_PRE_DISPOSITION, WOM_PRE_RESOLVE_DATE, WOM_PRE_RESOLVE_TIME, WOM_PRE_REF_REASTO, WOM_PRE_REF_ACCOMTO, WOM_PRE_REF_TYPTETO, WOM_PRE_REF_MUNICIPTO, WOM_PRE_REF_NAMETO, WOM_PRE_DIS_DATE, WOM_PRE_DIS_TIME, WOM_PRE_DEATH_DATE, WOM_PRE_DEATH_TIME**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una****Custom Layout Question:** WOM_PRE_CHECK1

93.

Presión arterial (PA)

Registrado Valor

☐ /

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Reflejo rotuliano patelar (ROT)

☐

Pulso

☐ por

minuto

Frecuencia cardiaca (fc)

☐ por

Frecuencia respiratoria (fr)

☐ por

minuto

Temperatura (T°)

☐ °C

Otro (especificar)

☐

Otro (especificar)

☐

Otro (especificar)

☐

Question: WOM_PRE_CHECK_BP_160

Required

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

94. La presión arterial sistólica igualo o supero en cualquier momento 160?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_CHECK_BP_160_SPEC

Required

Show if: (WOM_PRE_CHECK_BP_160 = 1:[Sí])

95. ¿Que fue la presión arterial sistólica mas alta?

Question: WOM_PRE_CHECK_BP_110

Required

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

96. La presión arterial diastólica igualo o supero en cualquier momento 110?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_CHECK_BP_110_SPEC

Required

Show if: (WOM_PRE_CHECK_BP_110 = 1:[Sí])

97. ¿Que fue la presión arterial diastólica mas alta?

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_CHECK2

98. Registrado Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Convulsiones	<input type="checkbox"/>		
Reflejo	<input type="checkbox"/>		
Oliguria	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>		

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_LAB1

99. Registrado Valor Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/>			
Aspartato aminotransferasa	<input type="checkbox"/>		U/liter	
Alanina-aminotransferasa	<input type="checkbox"/>		U/liter	
Deshidrogenasa láctica	<input type="checkbox"/>		U/liter	
Creatinina	<input type="checkbox"/>			
Ácido úrico	<input type="checkbox"/>			
Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT)	<input type="checkbox"/>			
Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT)	<input type="checkbox"/>			
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>			
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>			

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_LAB2

100. Registrado Negativo Número de + Valor Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Proteína en orina (proteinuria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_MED

101.

Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4)

Hidralazina

Nifedipina

Betametasona

Dexametasona

Solución salina

Lactato de ringer

Hartman

Labetalol

Otro antihipertensivo (especificar)

Otro medicamento (especificar)

Otro medicamento (especificar)

Otro medicamento (especificar)

3	Gineco-obstetra	
4	Cirujano	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 105. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?


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

Question: WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_TIME

Required

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

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


 106. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_RESULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	

 107. Resultado del embarazo:


- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_RESULT_CSECT

Required

Show if: (WOM_PRE_RESULT = 1:[Cesárea])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea de emergencia	
2	Cesárea electiva	
-1	No registrado	


 108. Especifique el tipo de cesárea

- ☐ Cesárea de emergencia
☐ Cesárea electiva
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_DISPOSITION

Required

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


 109. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

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

Question: WOM_PRE_RESOLVE_DATE

Required

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

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

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

Question: WOM_PRE_RESOLVE_TIME

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Hora:	
-1	No registrado	

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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_REF_REASTO

Minimum checks: 1

Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

112. Razón por la que fue referida/traslado

- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Proteinuria
- ☐ Sangrado
- ☐ Lochia
- ☐ Convulsiones
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_REF_ACCOMTO

Required

Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

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

113. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?

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

Question: WOM_PRE_REF_TYPETO

Required

Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Centro comunitario	
2	Centro de Salud	
3	Puesto de Salud	
4	Unidad mínima de Salud	
5	Centro de convergencia	
6	CAP	
7	CAIMI	
8	CENAPA	
9	Hospital	

114. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer

- ☐ Centro comunitario
- ☐ Centro de Salud
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Unidad mínima de Salud
- ☐ Centro de convergencia
- ☐ CAP
- ☐ CAIMI
- ☐ CENAPA
- ☐ Hospital

Question: WOM_PRE_REF_MUNICIPTO

Required

Show if: (WOM_PRE_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Barillas	
2	Colotenango	
3	Comitanillo	
4	Concepción Tutuapa	
5	Ixchiguan	
6	La Reforma	
7	Nuevo Progreso	
8	San Gaspar Ixchil	
9	San Idelfonso Ixtahuacán	
10	San José Ojetenam	
11	San Juan Atitán	
12	San Lorenzo	
99	San Marcos	
13	San Mateo Ixtatán	
14	San Miguel Acatán	
15	San Miguel Ixtahuacán	
16	San Pedro Necta	
17	San Rafael la Independencia	
18	San Rafael Petzaj	
19	San Sebastian Coatán	
20	San Sebastian Huehuetenango	
21	Santa Barbara	
22	Santa Eulalia	

23	Santiago Chimaltenango	
24	Sibinal	
25	Tacaná	
26	Tajumulco	
27	Todos Santos Cuchumatán	
999	Otros, especificar	



115. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Barillas
- ☐ Colotenango
- ☐ Comitancillo
- ☐ Concepción Tutuapa
- ☐ Ixchiguan
- ☐ La Reforma
- ☐ Nuevo Progreso
- ☐ San Gaspar Ixchil
- ☐ San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ San José Ojetenam
- ☐ San Juan Atitan
- ☐ San Lorenzo
- ☐ San Marcos
- ☐ San Mateo Ixtatán
- ☐ San Miguel Acatán
- ☐ San Miguel Ixtahuacán
- ☐ San Pedro Necta
- ☐ San Rafael la Independencia
- ☐ San Rafael Petzal
- ☐ San Sebastian Coatan
- ☐ San Sebastian Huehuetenango
- ☐ Santa Barbara
- ☐ Santa Eulalia
- ☐ Santiago Chimaltenango
- ☐ Sibinal
- ☐ Tacaná
- ☐ Tajumulco
- ☐ Todos Santos Cuchumatán
- ☐ Otros, especificar

Question: WOM_PRE_REF_NAMETO

Required

Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

[illegible]

[illegible]

116. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

- [illegible]




- ☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ Otro

Question: WOM_PRE_DIS_DATE

Required

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

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

 117. Fecha de egreso/referida/traslado


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

Question: WOM_PRE_DIS_TIME

Required

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

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

 118. Hora de egreso/referida/traslado


- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_PRE_DEATH_DATE

Required

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

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

 119. Fecha de defunción


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

Question: WOM_PRE_DEATH_TIME

Required

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

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

 120. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Collection: ECLAMPSIA

Contains: WOM_ECL_ADM_DATE, WOM_ECL_ADM_TIME, WOM_ECL_GESTAGE, WOM_ECL_BABYCOMPL, ECL

Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

Indique si los siguientes fueron registrados para usuarias con eclampsia.

Question: WOM_ECL_ADM_DATE

Required

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

121. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia:

Fecha de admisión

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

Question: WOM_ECL_ADM_TIME
Required

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

122. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia:

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_GESTAGE
Required

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

123. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_BABYCOMPL
Minimum checks: 1

124. Anote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Sepsis
- ☐ Asfixia
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Prematurez
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones

Collection: ECL

Contains: WOM_ECL_CHECK_BP_160, WOM_ECL_CHECK_BP_160_SPEC, WOM_ECL_CHECK_BP_110, WOM_ECL_CHECK_BP_110_SPEC, WOM_ECL_MEDICATIONS, WOM_ECL_SPECIAL_EVER, WOM_ECL_SPECIAL_TYPE, WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_ECL_RESULT, WOM_ECL_RESULT_CSECT, WOM_ECL_DISPOSITION, WOM_ECL_RESOLVE_DATE, WOM_ECL_RESOLVE_TIME, WOM_ECL_REF_REASTO, WOM_ECL_REF_ACCOMTO, WOM_ECL_REF_TYPTETO, WOM_ECL_REF_MUNICIPTO, WOM_ECL_REF_NAMETO, WOM_ECL_DIS_DATE, WOM_ECL_DIS_TIME, WOM_ECL_DEATH_DATE, WOM_ECL_DEATH_TIME

Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

Custom Layout Question: WOM_ECL_CHECK1

125.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial (PA)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo rotuliano patelar (ROT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: WOM_ECL_CHECK_BP_160
Required

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

126. La presión arterial sistólica igualo o supero en cualquier momento 160?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_CHECK_BP_160_SPEC

Required**Show if:** (WOM_ECL_CHECK_BP_160 = 1:[Sí])

127. ¿Que fue la presión arterial sistólica mas alta?

Question: WOM_ECL_CHECK_BP_110**Required**

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

128. La presión arterial diastólica igualo o supero en cualquier momento 110?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: WOM_ECL_CHECK_BP_110_SPEC**Required****Show if:** (WOM_ECL_CHECK_BP_110 = 1:[Sí])

129. ¿Que fue la presión arterial diastólica mas alta?

Anote si se realizaron las siguientes revisiones así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

Custom Layout Question: WOM_ECL_CHECK2

130. Registrado Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_ECL_LAB1

131. Registrado Valor Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 ³ /L			
Aspartato aminotransferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanina-aminotransferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deshidrogenasa láctica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creatinina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ácido úrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: WOM_ECL_LAB2

132. Registrado Negativo Número de + Valor Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Proteína en orina (proteinuria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			g/día		
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

Custom Layout Question: WOM_ECL_MED

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

Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Solución salina

☐ ☐☐☐☐

Lactato de ringer

☐ ☐☐☐☐

Hartman

☐ ☐☐☐☐

Labetalol

☐ ☐☐☐☐

Otro antihipertensivo (especificar)

☐ ☐☐☐☐

Otro medicamento (especificar)

☐ ☐☐☐☐

Otro medicamento (especificar)

☐ ☐☐☐☐

Otro medicamento (especificar)

☐ ☐☐☐☐**Question:** WOM_ECL_MEDICATIONS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



134. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_ECL_SPECIAL_EVER**Required**

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



135. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?

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

Question: WOM_ECL_SPECIAL_TYPE**Required**

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

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



136. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?

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

Question: WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_DATE**Required**

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

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



137. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_TIME**Required**

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Hora:	
-1	No registrado	



138. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_RESULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	



139. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
- ☐ Parto vaginal
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_RESULT_CSECT**Required****Show if:** (WOM_ECL_RESULT = 1:[Cesárea])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea de emergencia	
2	Cesárea electiva	
-1	No registrado	



140. Especifique el tipo de cesárea

- ☐ Cesárea de emergencia
- ☐ Cesárea electiva
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_DISPOSITION**Required**

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



141. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

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

Question: WOM_ECL_RESOLVE_DATE**Required**

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



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

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

Question: WOM_ECL_RESOLVE_TIME**Required**

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



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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Question: WOM_ECL_REF_REASTO**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_ECL_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

144. Razón por la que fue referida/traslado

- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Proteinuria
- ☐ Sangrado
- ☐ Lochia
- ☐ Convulsiones
- ☐ Otro

☐ No registrado**Question:** WOM_ECL_REF_ACCOMTO**Required****Show if:** (WOM_ECL_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])


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

 145. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?

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

Question: WOM_ECL_REF_TYPETO**Required****Show if:** (WOM_ECL_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Centro comunitario	
2	Centro de Salud	
3	Puesto de Salud	
4	Unidad mínima de Salud	
5	Centro de convergencia	
6	CAP	
7	CAIMI	
8	CENAPA	
9	Hospital	

 146. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer

- ☐ Centro comunitario
- ☐ Centro de Salud
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Unidad mínima de Salud
- ☐ Centro de convergencia
- ☐ CAP
- ☐ CAIMI
- ☐ CENAPA
- ☐ Hospital

Question: WOM_ECL_REF_MUNICIPTO**Required****Show if:** (WOM_ECL_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Barillas	
2	Colotenango	
3	Comitancillo	
4	Concepción Tutuapa	
5	Ixchiguan	
6	La Reforma	
7	Nuevo Progreso	
8	San Gaspar Ixchil	
9	San Idelfonso Ixtahuacán	
10	San José Ojetenam	
11	San Juan Atitán	
12	San Lorenzo	
99	San Marcos	
13	San Mateo Ixtatán	
14	San Miguel Acatán	
15	San Miguel Ixtahuacán	
16	San Pedro Necta	
17	San Rafael la Independencia	
18	San Rafael Petzaj	
19	San Sebastian Coatán	
20	San Sebastian Huehuetenango	
21	Santa Barbara	
22	Santa Eulalia	
23	Santiago Chimaltenango	
24	Sibinal	
25	Tacaná	
26	Tajumulco	
27	Todos Santos Cuchumatán	
999	Otros, especificar	

 147. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Barillas
- ☐ Colotenango
- ☐ Comitancillo
- ☐ Concepción Tutuapa
- ☐ Ixchiguan
- ☐ La Reforma
- ☐ Nuevo Progreso
- ☐ San Gaspar Ixchil
- ☐ San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ San José Ojetenam

- ☐ San Juan Atitan
☐ San Lorenzo
☐ San Marcos
☐ San Mateo Ixtatán
☐ San Miguel Acatán
☐ San Miguel Ixtahuacán
☐ San Pedro Necta
☐ San Rafael la Independencia
☐ San Rafael Petzal
☐ San Sebastian Coatan
☐ San Sebastian Huehuetenango
☐ Santa Barbara
☐ Santa Eulalia
☐ Santiago Chimaltenango
☐ Sibinal
☐ Tacaná
☐ Tajumulco
☐ Todos Santos Cuchumatán
☐ Otros, especificar

Question: WOM_ECL_REF_NAMETO

Required

Show if: (WOM_HEM_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

148. ¿A cual unidad fue la mujer referida/tras

Response	Percentage
Not responsible	15%
Partly responsible	35%
Mostly responsible	30%
Completely responsible	15%
Don't know	5%






- ☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ Otro

Question: WOM_ECL_DIS_DATE

Required

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

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

 149. Fecha de egreso/referida/traslado


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

Question: WOM_ECL_DIS_TIME

Required

Show if: (WOM_ECL_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

 150. Hora de egreso/referida/traslado


- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_ECL_DEATH_DATE

Required

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

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

 151. Fecha de defunción


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

Question: WOM_ECL_DEATH_TIME

Required

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

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

 152. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Los registros de las complicaciones maternas sólo deben revisarse en los hospitales y unidades básicas.

Ha indicado que este mujer no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, hemorragia, pre-eclampsia, y eclampsia

Question: COMMENT_COMPL_MATERNA

 153. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección. NO incluya ningún dato (nombre, fecha de nacimiento) que permita identificar a los participantes.

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.