



0%

Collection: LOGIN  
Contains: DATSTAT\_ALTPID



## Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

Question: DATSTAT\_ALTPID  
Required



ID:

Collection: MEDICAL\_RECORD\_REVIEW  
Contains: MRR\_LOG\_IN, MRR\_OBSTETRIC

## Revisión del registro médico

Collection: MRR\_LOG\_IN  
Contains: MRR\_DATE, MRR\_INTERVW\_ID1, MRR\_INTERVW\_ID2, MRR\_TYPE\_UNIT, DEPT\_ID, MUNICIP\_ID, FACILITY\_ID

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

Question: MRR\_DATE  
Required



1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: MRR\_INTERVW\_ID1  
Required



2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR\_INTERVW\_ID2



3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR\_TYPE\_UNIT  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Policlínico Tipo III (CMI)	
4	Hospital tipo 1 (hospital de área)	
5	Hospital tipo 2 (hospital de regional)	



4. Tipo de unidad médica

- ☐ Policlínico Tipo III (CMI)  
☐ Hospital tipo 1 (hospital de área)  
☐ Hospital tipo 2 (hospital de regional)

Question: DEPT\_ID  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Choluteca	
8	Comayagua	
2	Copán	
9	Cortés	
3	Intibucá	
4	La Paz	
5	Lempira	

7	Ocotepeque	
6	Olancho	
10	Valle	
995	Otro	



## 5. Identificación del Departamento:

- ☐ Choluteca  
☐ Comayagua  
☐ Copán  
☐ Cortés  
☐ Intibucá  
☐ La Paz  
☐ Lempira  
☐ Ocotepeque  
☐ Olancho  
☐ Valle  
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Question: MUNICIPIO\_ID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	(DEPT_ID = 9:[Cortés])
1	Cabañas	(DEPT_ID = 2:[Copán])
26	Candelaria	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
27	Catacamas	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
24	Choluteca	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
2	Cololaca	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
34	Comayagua	(DEPT_ID = 8:[Comayagua])
3	Concepción	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
4	Concepción de María	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
28	Copán	(DEPT_ID = 2:[Copán])
5	Copán Ruinas	(DEPT_ID = 2:[Copán])
6	Dulce Nombre de Culmí	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
7	Duyure	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
29	Gracias	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
8	Guarita	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
21	Intibucá	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
25	Juticalpa	(DEPT_ID = 6:[Olancho])
43	La Jigua	(DEPT_ID = 2:[Copán])
22	La Paz	(DEPT_ID = 4:[La Paz])
30	La Virtud	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
44	Langue	(DEPT_ID = 10:[Valle])
36	Lánge	(DEPT_ID = 10:[Valle])
9	Magdalena	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
37	Mapulaca	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
45	Nueva Arcadia	(DEPT_ID = 2:[Copán])
38	Piraera	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
10	San Antonio, COPÁN	(DEPT_ID = 2:[Copán])
11	San Antonio, INTIBUCÁ	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
39	San Francisco de Opalaca	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
12	San Jeronimo	(DEPT_ID = 2:[Copán])
40	San José de Comayagua	(DEPT_ID = 8:[Comayagua])
13	San Juan Guarita	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
31	San Lorenzo	(DEPT_ID = 10:[Valle])
23	San Marcos	(DEPT_ID = 7:[Ocotepeque])
14	San Marcos de Colon	(DEPT_ID = 1:[Choluteca])
32	San Miguelito	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
46	San Nicolas	(DEPT_ID = 2:[Copán])
41	Santa Cruz de Yojoa	(DEPT_ID = 9:[Cortés])
15	Santa Lucía	(DEPT_ID = 3:[Intibucá])
16	Santa Rita	(DEPT_ID = 2:[Copán])
48	Santa Rosa	(DEPT_ID = 2:[Copán])
17	Santiago de Puríngla	(DEPT_ID = 4:[La Paz])
18	Tambla	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
33	Taulabe	(DEPT_ID = 8:[Comayagua])
19	Tomalá	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
20	Valladolid	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
42	Virginia	(DEPT_ID = 5:[Lempira])
995	Otro	



## 6. Identificación del Municipio:

- ☐ Aguanqueterique  
☐ Cabañas  
☐ Candelaria  
☐ Catacamas  
☐ Choluteca  
☐ Cololaca  
☐ Comayagua  
☐ Concepción  
☐ Concepción de María

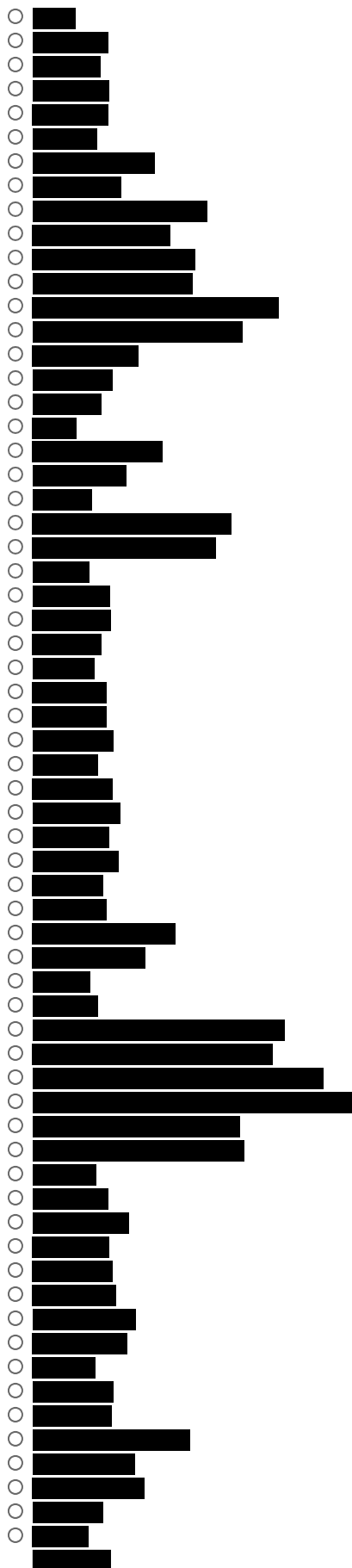
- \_\_\_\_\_

[illegible]

[illegible]

 7. Identificación de la Unidad:

- 
- | Age Group | Percentage of Respondents |
|-----------|---------------------------|
| 18-29     | 80%                       |
| 30-49     | 75%                       |
| 50-64     | 70%                       |
| 65+       | 50%                       |





Collection: MRR Obstetric Contains: Neonatal Complications
Collection: Neonatal Complications Contains: Neo Birth Date, Neo Birth Time, Neo Birth Weight, Neo Birth Where, MRR Selection, MRR Neo Comp, MRR Neo Gen, Gen Compl Info, Neo Sepsis, Neo LBW, Neo Pre, Neo Asp, Gen Disposition Show if: (Facility_Type >= 3)

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

☐ Si:  (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

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

Hora de nacimiento (horario de 24 horas)



- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO\_BIRTH\_WEIGHT  
Minimum checks: 1

10. Indique si el peso del bebe fue registrado en el momento del nacimiento (por ejemplo: 2600 gramos)

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

Question: NEO\_BIRTH\_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	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

11. ¿Donde ocurrió este nacimiento?

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

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

Custom Layout Question: NEO\_ICD\_CODE

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

Código CIE-10 principal	<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\_SELECTION  
Required

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

13. Método para elegir expediente:

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

Question: MRR\_NEO\_COMP  
Minimum checks: 1

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

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

Jump-To: JMP3  
Description:  
Jump-To-Item: NO\_COMPL  
Jump-If: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

Collection: MRR\_NEO\_GEN  
Contains: MRR\_AGE\_BABY, MRR\_AGE\_MOM, MRR\_MOM\_LITERACY, MRR\_MOM\_EDU, MRR\_MOM\_MAR\_STAT, MRR\_MOM\_ETHNICITY, WOM\_DEPT\_ID, WOM\_MUNICIP\_ID, WOM\_ALDEA\_ID

Question: MRR\_AGE\_BABY

Required

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

15. Edad del niño al egreso

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

Question: MRR\_AGE\_MOM

Required

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

16. Edad de la madre

- ☐ Edad:
- ☐ No registrado

Question: MRR\_MOM\_LITERACY

Required

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

17. Lee y escribe (madre)

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR\_MOM\_EDU

Required

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

18. Educación de la madre

- ☐ Ninguna
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Preparatoria
- ☐ Universidad
- ☐ No registrado

Question: MRR\_MOM\_MAR\_STAT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Soltera	
1	Casada	
7	Union estable	
5	Divorciada	
6	Viuda	

2	Acompañada	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

**19. Estado civil de la madre**

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

**Question: MRR\_MOM\_ETHNICITY****Required**

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

**20. Etnia:**

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

**Question: WOM\_DEPT\_ID****Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Choloteca	
8	Comayagua	
2	Copán	
9	Cortés	
3	Intibucá	
4	La Paz	
5	Lempira	
7	Ocotepeque	
6	Olancho	
10	Valle	
995	Otro	

**21. ¿De cual departamento viene la mujer?**

- ☐ Choloteca
- ☐ Comayagua
- ☐ Copán
- ☐ Cortés
- ☐ Intibucá
- ☐ La Paz
- ☐ Lempira
- ☐ Ocotepeque
- ☐ Olancho
- ☐ Valle
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

**Question: WOM\_MUNICIP\_ID****Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choloteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de Maria	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	

6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyure	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Langue	
36	Lánge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	
12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	
13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucía	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Puringla	
18	Tambla	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	



22. ¿De cual municipio viene la mujer?

- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Comayagua
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Gracias
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Jigua
- ☐ La Paz
- ☐ La Virtud
- ☐ Langue
- ☐ Lánge
- ☐ Magdalena
- ☐ Mapulaca
- ☐ Nueva Arcadia
- ☐ Piraera
- ☐ San Antonio, COPÁN
- ☐ San Antonio, INTIBUCÁ
- ☐ San Francisco de Opalaca
- ☐ San Jeronimo
- ☐ San José de Comayagua
- ☐ San Juan Guarita
- ☐ San Lorenzo
- ☐ San Marcos
- ☐ San Marcos de Colon
- ☐ San Miguelito

- ☐ San Nicolas  
☐ Santa Cruz de Yojoa  
☐ Santa Lucía  
☐ Santa Rita  
☐ Santa Rosa  
☐ Santiago de Puringla  
☐ Tambla  
☐ Taulabe  
☐ Tomalá  
☐ Valladolid  
☐ Virginia  
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Question: WOM\_ALDEA\_ID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choluteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de Maria	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	
6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyure	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Langue	
36	Lánge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	
12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	
13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucía	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Puringla	
18	Tambla	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	



23. ¿De cual aldea viene la mujer?

- ☐ Aguanqueterique  
☐ Cabañas  
☐ Candelaria  
☐ Catacamas  
☐ Choluteca  
☐ Cololaca  
☐ Comayagua  
☐ Concepción  
☐ Concepción de Maria  
☐ Copán  
☐ Copán Ruinas  
☐ Dulce Nombre de Culmí

- ☐ Duyure
- ☐ Gracias
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Jigua
- ☐ La Paz
- ☐ La Virtud
- ☐ Langué
- ☐ Lánge
- ☐ Magdalena
- ☐ Mapulaca
- ☐ Nueva Arcadia
- ☐ Piraera
- ☐ San Antonio, COPÁN
- ☐ San Antonio, INTIBUCÁ
- ☐ San Francisco de Opalaca
- ☐ San Jeronimo
- ☐ San José de Comayagua
- ☐ San Juan Guarita
- ☐ San Lorenzo
- ☐ San Marcos
- ☐ San Marcos de Colon
- ☐ San Miguelito
- ☐ San Nicolas
- ☐ Santa Cruz de Yojoa
- ☐ Santa Lucía
- ☐ Santa Rita
- ☐ Santa Rosa
- ☐ Santiago de Puringla
- ☐ Tambla
- ☐ Taulabe
- ☐ Tomalá
- ☐ Valladolid
- ☐ Virginia
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Collection: GEN\_COMPL\_INFO

Contains: NEO\_ADM\_REFFROM, NEO\_REF\_ACCOMFROM, NEO\_REF\_DATEFROM, NEO\_REF\_TIMEFROM, NEO\_REF\_TYPEFROM, NEO\_REF\_MUNICIPFROM, NEO\_REF\_NAMEFROM, NEO\_REF\_WEIGHTFROM, NEO\_ADM\_DATES, NEO\_ADM\_TIMES, NEO\_GESTAGES, NEO\_GENDERS, NEO\_MOMCOMPLS, NEO\_MOMCOMPLS\_PRE

Show if: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

Question: NEO\_ADM\_REFFROM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO\_REF\_ACCOMFROM

Required

Show if: (NEO\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

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



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

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


☐ No registrado

Question: NEO\_REF\_DATEFROM

Required

Show if: (NEO\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

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

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


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

Question: NEO\_REF\_TIMEFROM

Required

Show if: (NEO\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

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

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


- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO\_REF\_TYPEFROM

Required

Show if: (NEO\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)	
2	Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)	
3	Policlínico Tipo III (CMI)	
4	Hospital tipo 1 (hospital de área)	
5	Hospital tipo 2 (hospital de regional)	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)
- ☐ Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)
- ☐ Policlínico Tipo III (CMI)
- ☐ Hospital tipo 1 (hospital de área)
- ☐ Hospital tipo 2 (hospital de regional)
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: NEO\_REF\_MUNICIPFROM

Required

Show if: (NEO\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choluteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de María	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	
6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyure	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Langue	
36	Lánge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	

12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	
13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucía	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Puringla	
18	Tambla	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	
-1	No registrado	



29. ¿Desde cual municipio fue la unidad?

- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Comayagua
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Gracias
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Jigua
- ☐ La Paz
- ☐ La Virtud
- ☐ Langue
- ☐ Lánge
- ☐ Magdalena
- ☐ Mapulaca
- ☐ Nueva Arcadia
- ☐ Piraera
- ☐ San Antonio, COPÁN
- ☐ San Antonio, INTIBUCÁ
- ☐ San Francisco de Opalaca
- ☐ San Jeronimo
- ☐ San José de Comayagua
- ☐ San Juan Guarita
- ☐ San Lorenzo
- ☐ San Marcos
- ☐ San Marcos de Colon
- ☐ San Miguelito
- ☐ San Nicolas
- ☐ Santa Cruz de Yojoa
- ☐ Santa Lucía
- ☐ Santa Rita
- ☐ Santa Rosa
- ☐ Santiago de Puringla
- ☐ Tambla
- ☐ Taulabe
- ☐ Tomalá
- ☐ Valladolid
- ☐ Virginia
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No registrado



Question: NEO\_REF\_NAMEFROM

Required


Show if: (NEO\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

### Scale Summary

The chart displays data for 100 countries, comparing the number of people who are 'Very satisfied' (top half) and 'Very dissatisfied' (bottom half) with the U.S. president. The countries are ranked by the number of people in each category. The left side of the chart shows the percentage of the population, and the right side shows the absolute number of people. The chart is split into two sections: the top section shows 'Very satisfied' and the bottom section shows 'Very dissatisfied'.

Country	Very satisfied (%)	Very satisfied (Number of people)	Very dissatisfied (%)	Very dissatisfied (Number of people)
United States	71	230,000,000	28	90,000,000
China	68	1,400,000,000	32	840,000,000
India	65	1,200,000,000	35	600,000,000
Russia	62	140,000,000	38	140,000,000
France	59	65,000,000	41	65,000,000
Germany	56	82,000,000	44	82,000,000
United Kingdom	53	61,000,000	47	61,000,000
Canada	50	35,000,000	50	35,000,000
Japan	47	125,000,000	53	125,000,000
South Korea	44	50,000,000	56	50,000,000
Australia	41	22,000,000	59	22,000,000
Italy	38	60,000,000	62	60,000,000
Spain	35	45,000,000	65	45,000,000
Netherlands	32	16,000,000	68	16,000,000
Sweden	29	9,000,000	71	9,000,000
Denmark	26	5,000,000	74	5,000,000
Finland	23	5,000,000	77	5,000,000
Poland	20	38,000,000	80	38,000,000
Czech Republic	17	4,000,000	83	4,000,000
Slovakia	14	5,000,000	86	5,000,000
Hungary	11	10,000,000	89	10,000,000
Slovenia	8	2,000,000	92	2,000,000
Croatia	5	4,000,000	95	4,000,000
Serbia	2	7,000,000	98	7,000,000
Bosnia and Herzegovina	1	3,000,000	99	3,000,000
Montenegro	0	600,000	100	600,000
Albania	0	3,000,000	100	3,000,000
Kosovo	0	1,000,000	100	1,000,000
Macedonia	0	2,000,000	100	2,000,000
Bulgaria	0	7,000,000	100	7,000,000
Romania	0	21,000,000	100	21,000,000
Greece	0	11,000,000	100	11,000,000
Turkey	0	74,000,000	100	74,000,000
Iran	0	78,000,000	100	78,000,000
North Korea	0	25,000,000	100	25,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
China	0	1,400,000,000	100	1,400,000,000
India	0	1,200,000,000	100	1,200,000,000
Russia	0	140,000,000	100	140,000,000
France	0	65,000,000	100	65,000,000
Germany	0	82,000,000	100	82,000,000
United Kingdom	0	61,000,000	100	61,000,000
Canada	0	35,000,000	100	35,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Australia	0	22,000,000	100	22,000,000
Italy	0	60,000,000	100	60,000,000
Spain	0	45,000,000	100	45,000,000
Netherlands	0	16,000,000	100	16,000,000
Sweden	0	9,000,000	100	9,000,000
Denmark	0	5,000,000	100	5,000,000
Finland	0	5,000,000	100	5,000,000
Poland	0	38,000,000	100	38,000,000
Czech Republic	0	4,000,000	100	4,000,000
Slovakia	0	5,000,000	100	5,000,000
Hungary	0	10,000,000	100	10,000,000
Slovenia	0	2,000,000	100	2,000,000
Croatia	0	4,000,000	100	4,000,000
Serbia	0	7,000,000	100	7,000,000
Bosnia and Herzegovina	0	3,000,000	100	3,000,000
Montenegro	0	600,000	100	600,000
Albania	0	3,000,000	100	3,000,000
Kosovo	0	1,000,000	100	1,000,000
Macedonia	0	2,000,000	100	2,000,000
Bulgaria	0	7,000,000	100	7,000,000
Romania	0	21,000,000	100	21,000,000
Greece	0	11,000,000	100	11,000,000
Turkey	0	74,000,000	100	74,000,000
Iran	0	78,000,000	100	78,000,000
North Korea	0	25,000,000	100	25,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
China	0	1,400,000,000	100	1,400,000,000
India	0	1,200,000,000	100	1,200,000,000
Russia	0	140,000,000	100	140,000,000
France	0	65,000,000	100	65,000,000
Germany	0	82,000,000	100	82,000,000
United Kingdom	0	61,000,000	100	61,000,000
Canada	0	35,000,000	100	35,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Australia	0	22,000,000	100	22,000,000
Italy	0	60,000,000	100	60,000,000
Spain	0	45,000,000	100	45,000,000
Netherlands	0	16,000,000	100	16,000,000
Sweden	0	9,000,000	100	9,000,000
Denmark	0	5,000,000	100	5,000,000
Finland	0	5,000,000	100	5,000,000
Poland	0	38,000,000	100	38,000,000
Czech Republic	0	4,000,000	100	4,000,000
Slovakia	0	5,000,000	100	5,000,000
Hungary	0	10,000,000	100	10,000,000
Slovenia	0	2,000,000	100	2,000,000
Croatia	0	4,000,000	100	4,000,000
Serbia	0	7,000,000	100	7,000,000
Bosnia and Herzegovina	0	3,000,000	100	3,000,000
Montenegro	0	600,000	100	600,000
Albania	0	3,000,000	100	3,000,000
Kosovo	0	1,000,000	100	1,000,000
Macedonia	0	2,000,000	100	2,000,000
Bulgaria	0	7,000,000	100	7,000,000
Romania	0	21,000,000	100	21,000,000
Greece	0	11,000,000	100	11,000,000
Turkey	0	74,000,000	100	74,000,000
Iran	0	78,000,000	100	78,000,000
North Korea	0	25,000,000	100	25,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
China	0	1,400,000,000	100	1,400,000,000
India	0	1,200,000,000	100	1,200,000,000
Russia	0	140,000,000	100	140,000,000
France	0	65,000,000	100	65,000,000
Germany	0	82,000,000	100	82,000,000
United Kingdom	0	61,000,000	100	61,000,000
Canada	0	35,000,000	100	35,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Australia	0	22,000,000	100	22,000,000
Italy	0	60,000,000	100	60,000,000
Spain	0	45,000,000	100	45,000,000
Netherlands	0	16,000,000	100	16,000,000
Sweden	0	9,000,000	100	9,000,000
Denmark	0	5,000,000	100	5,000,000
Finland	0	5,000,000	100	5,000,000
Poland	0	38,000,000	100	38,000,000
Czech Republic	0	4,000,000	100	4,000,000
Slovakia	0	5,000,000	100	5,000,000
Hungary	0	10,000,000	100	10,000,000
Slovenia	0	2,000,000	100	2,000,000
Croatia	0	4,000,000	100	4,000,000
Serbia	0	7,000,000	100	7,000,000
Bosnia and Herzegovina	0	3,000,000	100	3,000,000
Montenegro	0	600,000	100	600,000
Albania	0	3,000,000	100	3,000,000
Kosovo	0	1,000,000	100	1,000,000
Macedonia	0	2,000,000	100	2,000,000
Bulgaria	0	7,000,000	100	7,000,000
Romania	0	21,000,000	100	21,000,000
Greece	0	11,000,000	100	11,000,000
Turkey	0	74,000,000	100	74,000,000
Iran	0	78,000,000	100	78,000,000
North Korea	0	25,000,000	100	25,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
China	0	1,400,000,000	100	1,400,000,000
India	0	1,200,000,000	100	1,200,000,000
Russia	0	140,000,000	100	140,000,000
France	0	65,000,000	100	65,000,000
Germany	0	82,000,000	100	82,000,000
United Kingdom	0	61,000,000	100	61,000,000
Canada	0	35,000,000	100	35,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Australia	0	22,000,000	100	22,000,000
Italy	0	60,000,000	100	60,000,000
Spain	0	45,000,000	100	45,000,000
Netherlands	0	16,000,000	100	16,000,000
Sweden	0	9,000,000	100	9,000,000
Denmark	0	5,000,000	100	5,000,000
Finland	0	5,000,000	100	5,000,000
Poland	0	38,000,000	100	38,000,000
Czech Republic	0	4,000,000	100	4,000,000
Slovakia	0	5,000,000	100	5,000,000
Hungary	0	10,000,000	100	10,000,000
Slovenia	0	2,000,000	100	2,000,000
Croatia	0	4,000,000	100	4,000,000
Serbia	0	7,000,000	100	7,000,000
Bosnia and Herzegovina	0	3,000,000	100	3,000,000
Montenegro	0	600,000	100	600,000
Albania	0	3,000,000	100	3,000,000
Kosovo	0	1,000,000	100	1,000,000
Macedonia	0	2,000,000	100	2,000,000
Bulgaria	0	7,000,000	100	7,000,000
Romania	0	21,000,000	100	21,000,000
Greece	0	11,000,000	100	11,000,000
Turkey	0	74,000,000	100	74,000,000
Iran	0	78,000,000	100	78,000,000
North Korea	0	25,000,000	100	25,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
China	0	1,400,000,000	100	1,400,000,000
India	0	1,200,000,000	100	1,200,000,000
Russia	0	140,000,000	100	140,000,000
France	0	65,000,000	100	65,000,000
Germany	0	82,000,000	100	82,000,000
United Kingdom	0	61,000,000	100	61,000,000
Canada	0	35,000,000	100	35,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Australia	0	22,000,000	100	22,000,000
Italy	0	60,000,000	100	60,000,000
Spain	0	45,000,000	100	45,000,000
Netherlands	0	16,000,000	100	16,000,000
Sweden	0	9,000,000	100	9,000,000
Denmark	0	5,000,000	100	5,000,000
Finland	0	5,000,000	100	5,000,000
Poland	0	38,000,000	100	38,000,000
Czech Republic	0	4,000,000	100	4,000,000
Slovakia	0	5,000,000	100	5,000,000
Hungary	0	10,000,000	100	10,000,000
Slovenia	0	2,000,000	100	2,000,000
Croatia	0	4,000,000	100	4,000,000
Serbia	0	7,000,000	100	7,000,000
Bosnia and Herzegovina	0	3,000,000	100	3,000,000
Montenegro	0	600,000	100	600,000
Albania	0	3,000,000	100	3,000,000
Kosovo	0	1,000,000	100	1,000,000
Macedonia	0	2,000,000	100	2,000,000
Bulgaria	0	7,000,000	100	7,000,000
Romania	0	21,000,000	100	21,000,000
Greece	0	11,000,000	100	11,000,000
Turkey	0	74,000,000	100	74,000,000
Iran	0	78,000,000	100	78,000,000
North Korea	0	25,000,000	100	25,000,000
South Korea	0	50,000,000	100	50,000,000
Japan	0	125,000,000	100	125,000,000
China	0	1,400,000,000	100	1,400,000,000
India	0	1,200,000		

	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

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

- 
- A horizontal bar chart titled 'U.S. should take action to address climate change' showing the percentage of respondents who believe the U.S. should take action to address climate change. The chart is broken down by age group (18-29, 30-49, 50-69, 70+) and gender (Male, Female). The y-axis lists 28 categories combining age and gender. The x-axis represents the percentage, ranging from 0% to 100%.
- | Age Group | Gender | Percentage |
|-----------|--------|------------|
| 18-29     | Male   | 85%        |
| 18-29     | Female | 80%        |
| 30-49     | Male   | 75%        |
| 30-49     | Female | 70%        |
| 50-69     | Male   | 65%        |
| 50-69     | Female | 60%        |
| 70+       | Male   | 55%        |
| 70+       | Female | 50%        |
| 18-29     | Male   | 45%        |
| 18-29     | Female | 40%        |
| 30-49     | Male   | 35%        |
| 30-49     | Female | 30%        |
| 50-69     | Male   | 25%        |
| 50-69     | Female | 20%        |
| 70+       | Male   | 15%        |
| 70+       | Female | 10%        |
| 18-29     | Male   | 88%        |
| 18-29     | Female | 82%        |
| 30-49     | Male   | 78%        |
| 30-49     | Female | 72%        |
| 50-69     | Male   | 68%        |
| 50-69     | Female | 62%        |
| 70+       | Male   | 58%        |
| 70+       | Female | 52%        |
| 18-29     | Male   | 48%        |
| 18-29     | Female | 42%        |
| 30-49     | Male   | 38%        |
| 30-49     | Female | 32%        |
| 50-69     | Male   | 28%        |
| 50-69     | Female | 22%        |
| 70+       | Male   | 18%        |
| 70+       | Female | 12%        |
| 18-29     | Male   | 90%        |
| 18-29     | Female | 85%        |
| 30-49     | Male   | 82%        |
| 30-49     | Female | 75%        |
| 50-69     | Male   | 72%        |
| 50-69     | Female | 65%        |
| 70+       | Male   | 62%        |
| 70+       | Female | 55%        |
| 18-29     | Male   | 50%        |
| 18-29     | Female | 45%        |
| 30-49     | Male   | 42%        |
| 30-49     | Female | 38%        |
| 50-69     | Male   | 32%        |
| 50-69     | Female | 28%        |
| 70+       | Male   | 22%        |
| 70+       | Female | 18%        |
| 18-29     | Male   | 87%        |
| 18-29     | Female | 81%        |
| 30-49     | Male   | 76%        |
| 30-49     | Female | 71%        |
| 50-69     | Male   | 66%        |
| 50-69     | Female | 61%        |
| 70+       | Male   | 56%        |
| 70+       | Female | 51%        |
| 18-29     | Male   | 46%        |
| 18-29     | Female | 41%        |
| 30-49     | Male   | 36%        |
| 30-49     | Female | 31%        |
| 50-69     | Male   | 26%        |
| 50-69     | Female | 21%        |
| 70+       | Male   | 16%        |
| 70+       | Female | 11%        |






☐☐ Otro (especificar) (ESPECIFIQUE) ☐ No registrado

Question: NEO\_REF\_WEIGHTFROM

Minimum checks: 1


Show if: (NEO\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

 31. Indique si el peso fue registrado para el bebé en el momento antes de referidotraslado (por ejemplo: 2600 gramos)☐ Peso (en gramos): ☐ Peso (en kilogramos): ☐ Peso (en libras): ☐ Peso (en oz): ☐ No registrado

Question: NEO\_ADM\_DATES

Required

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

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


Fecha de admisión

☐ Si:  (DD/MM/AAAA)☐ No registrado

Question: NEO\_ADM\_TIMES

Required

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

 33. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebe:

Hora de admisión (horario de 24 horas):

☐ Hora:  (HH:MM)☐ No registrado

Question: NEO\_GESTAGES

Required


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

 34. Edad gestacional del bebe☐ Edad:  semanas☐ No registrado

Question: NEO\_GENDERS


Required

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

 35. Sexo del bebe☐ Masculino☐ Femenino☐ No registrado

Question: NEO\_MOMCOMPLS

Minimum checks: 1

 36. Anote si la madre tuvo alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)☐ Pre eclampsia☐ Eclampsia☐ Sepsis☐ Hemorragia☐ Otra☐ Sin complicaciones


☐ No registrado

Question: NEO\_MOMCOMPLS\_PRE

Required

Show if: (NEO\_MOMCOMPLS is-any-of )

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

 37. ¿La madre tuvo pre-eclampsia severa?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

Collection: NEO\_SEPSIS

Contains: NEO\_SEP

Show if: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

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

Collection: NEO\_SEP

Contains: NEO\_SEP\_CONSULT, NEO\_SEP\_CON\_EVER, NEO\_SEP\_SPECIAL\_EVER, NEO\_SEP\_SPECIAL\_TYPE, NEO\_SEP\_CONSULT\_DATE, NEO\_SEP\_CONSULT\_TIME, NEO\_SEP\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE, NEO\_SEP\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME, NEO\_SEP\_MEDICATIONS\_, NEO\_SEP\_OTHER\_COMP

Show if: (MRR\_NEO\_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: NEO\_SEP\_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO\_SEP\_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO\_SEP\_LAB

40.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Leucocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 ^ 3 litro		
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL o +/-		
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mm/h		
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		%		
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hemoglobina (Hgb o Hb)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematócrito (Hto o Hct)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación banda neutrófilos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación absoluta de neutrófilos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morfología de neutrófilos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Biometría hemática	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Velocidad de sedimentación globular (velocidad de sedimentación glomerular)	<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: NEO\_SEP\_CONSULT

Required

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

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

- ☐ Si  
☐ No  
☐ No registrado

Question: NEO\_SEP\_CON\_EVER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si  
☐ No

Question: NEO\_SEP\_SPECIAL\_EVER

Required

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

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

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

Question: NEO\_SEP\_SPECIAL\_TYPE

Required

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

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



995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

44. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebe?

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

Question: NEO\_SEP\_CONSULT\_DATE

Required

Show if: (NEO\_SEP\_CON\_EVER = 1:[Si])

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

45. Fecha de primera evaluación por un médico

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

Question: NEO\_SEP\_CONSULT\_TIME

Required

Show if: (NEO\_SEP\_CON\_EVER = 1:[Si])

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

46. Hora de primera evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

Question: NEO\_SEP\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE

Required

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

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

47. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: NEO\_SEP\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME

Required

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

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

48. Hora de primera evaluación por la especialisa

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

Custom Layout Question: NEO\_SEP\_MED1


49.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sulbactam	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		

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

Question: NEO\_SEP\_MEDICATIONS\_

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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


- ☐ Sí  
☐ No

Question Block: NEO\_SEP\_OTHER\_COMP

Contains: NEO\_SEP\_OTHER\_COMP\_MULTI, NEO\_SEP\_OTHER\_COMP\_HEMO, NEO\_SEP\_OTHER\_COMP\_SHOCK, NEO\_SEP\_OTHER\_COMP\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 51. ¿Que otras complicaciones tuvo el bebe (excluyendo sepsis, asfisia, bajo peso al nacer, y prematuréz)?

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

Collection: NEO\_LBW

Contains: NEO\_LBW

Show if: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

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

Collection: NEO\_LBW

Contains: NEO\_LBW\_GEST\_METHOD, NEO\_LBW\_CLASSIFICATION, NEO\_LBW\_GLY\_TYPE, NEO\_LBW\_CONSULT, NEO\_LBW\_CON\_EVER, NEO\_LBW\_SPECIAL\_EVER, NEO\_LBW\_SPECIAL\_TYPE, NEO\_LBW\_CONSULT\_DATE, NEO\_LBW\_CONSULT\_TIME, NEO\_LBW\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE, NEO\_LBW\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME, NEO\_LBW\_PROC\_OXY, NEO\_LBW\_PROC\_HEAT, NEO\_LBW\_PROC\_OTHER, NEO\_LBW\_PROC\_OXYOTH\_SPEC, NEO\_LBW\_PROC\_HTOTH\_SPEC, NEO\_LBW\_PROC\_OTHOTH\_SPEC, NEO\_LBW\_BABYFOOD, NEO\_LBW\_MEDICATIONS, NEO\_LBW\_OTHER\_COMP

Show if: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

Question Block: NEO\_LBW\_GEST\_METHOD

Contains: NEO\_LBW\_GEST\_METHOD\_3, NEO\_LBW\_GEST\_METHOD\_5, NEO\_LBW\_GEST\_METHOD\_1, NEO\_LBW\_GEST\_METHOD\_2, NEO\_LBW\_GEST\_METHOD\_4, NEO\_LBW\_GEST\_METHOD\_995

Required

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

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

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

Question: NEO\_LBW\_CLASSIFICATION

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Peso bajo (RN PBN)	
2	Peso muy bajo (RN PMBN)	
3	Peso extremadamente bajo (RN PEBN)	
995	Otro	
-1	No registrado	

53. Clasificación del recién nacido de acuerdo al peso

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

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

Custom Layout Question: NEO\_LBW\_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO\_LBW\_CHECK2

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

Color de la piel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Examen abdominal	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: NEO\_LBW\_LAB1

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

Question: NEO\_LBW\_GLY\_TYPE

Required

Show If: (NEO\_LBW\_LAB\_REG\_GLY = 1)

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

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

☐ Tira reactiva

☐ Examen sanguíneo

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

Question: NEO\_LBW\_CONSULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

☐ Si

☐ No

Question: NEO\_LBW\_CON\_EVER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

☐ Si

☐ No

Question: NEO\_LBW\_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	

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

☐ Sí, marcado por una notación ME en la firma

☐ Sí, marcado con un sello

☐ Sí, marcado con otro método (especificar):

☐ No

☐ No registrado

Question: NEO\_LBW\_SPECIAL\_TYPE

Required

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

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

61. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebe?

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

Question: NEO\_LBW\_CONSULT\_DATE

Required

Show if: (NEO\_LBW\_CON\_EVER = 1:[Si])

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

62. Fecha de primera evaluación por un médico

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

Question: NEO\_LBW\_CONSULT\_TIME

Required

Show if: (NEO\_LBW\_CON\_EVER = 1:[Si])

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

63. Hora de primera evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

Question: NEO\_LBW\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE

Required

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

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

64. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: NEO\_LBW\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME

Required

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

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

65. Hora de primera evaluación por la especialisa

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado


Question Block: NEO\_LBW\_PROC\_OXY

Contains: NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_AMBU, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_POSVENT, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_VENTMEC, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_BOLSA, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_100, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_MASKOXY, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_MASK, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_MASKRES, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_CAMP, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_HELMET, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_CAMPCEF, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_CYL, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_CYLCAP, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_CPAP, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_BIG, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_NASAL, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_CATH, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_CANULA, NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_VENT,

NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 66. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)


	Sí	No
<b>Aplicación de oxígeno:</b>		
Ambu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilación con presión positiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilación mecánica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolsa de reanimación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno al 100%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máscara de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mascarilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mascarilla con reservorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Campana de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casco cefálica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Campana de cefálica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno de cilindro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno de cilindro con tapa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxígeno CPAP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bigotera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntas nasales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntas o cateter para oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cánula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de venturi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO\_LBW\_PROC\_HEAT

Contains: NEO\_LBW\_PROC\_HEAT\_INC, NEO\_LBW\_PROC\_HEAT\_WRAP, NEO\_LBW\_PROC\_HEAT\_LAMP, NEO\_LBW\_PROC\_HEAT\_KANG, NEO\_LBW\_PROC\_HEAT\_PLASTIC, NEO\_LBW\_PROC\_HEAT\_BACIN, NEO\_LBW\_PROC\_HEAT\_SERVO, NEO\_LBW\_PROC\_HEAT\_SERVOCUNA, NEO\_LBW\_PROC\_HEAT\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 67. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
<b>Aplicación de calor:</b>		
Incubadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envuelto en manta o toalla o sabanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lámpara de calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madre canguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bolsa plástica transparente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bacinete con calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servocuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de aplicación del calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO\_LBW\_PROC\_OTHER

Contains: NEO\_LBW\_PROC\_OTH\_SEC, NEO\_LBW\_PROC\_OTH\_INTUB, NEO\_LBW\_PROC\_OTH\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

68. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

Question: NEO\_LBW\_PROC\_OXYOTH\_SPEC

Required

Show if: (NEO\_LBW\_PROC\_OXY\_OTH = 1:[Sí])

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

Question: NEO\_LBW\_PROC\_HTOTH\_SPEC

Required

Show if: (NEO\_LBW\_PROC\_HEAT\_OTH = 1:[Sí])

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

Question: NEO\_LBW\_PROC\_OTHOTH\_SPEC

Required

Show if: (NEO\_LBW\_PROC\_OTH\_OTH = 1:[Sí])

71. ¿Que otro procedimiento se realizó?

Question Block: NEO\_LBW\_BABYFOOD

Contains: NEO\_LBW\_BABYFOOD\_BF, NEO\_LBW\_BABYFOOD\_GLUCOSEIV, NEO\_LBW\_BABYFOOD\_IV, NEO\_LBW\_BABYFOOD\_ORAL, NEO\_LBW\_BABYFOOD\_FORMULA, NEO\_LBW\_BABYFOOD\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

72. Anote cómo fue alimentado el bebé:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

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

Custom Layout Question: NEO\_LBW\_MED1

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

Custom Layout Question: NEO\_LBW\_MED2

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

Question: NEO\_LBW\_MEDICATIONS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Sí  
☐ No

Question Block: NEO\_LBW\_OTHER\_COMP

Contains: NEO\_LBW\_OTHER\_COMP\_PNEU, NEO\_LBW\_OTHER\_COMP\_RESP, NEO\_LBW\_OTHER\_COMP\_DIA, NEO\_LBW\_OTHER\_COMP\_CONV, NEO\_LBW\_OTHER\_COMP\_HIPO, NEO\_LBW\_OTHER\_COMP\_NEURO, NEO\_LBW\_OTHER\_COMP\_OTH, NEO\_LBW\_OTHER\_COMP\_NONE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

76. ¿Que otras complicaciones tuvo el bebe (excluyendo sepsis, asfisia, bajo peso al nacer, y prematuréz)?

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

Collection: NEO\_PRE

Contains: NEO\_PRE\_

Show If: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

Anote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.

Collection: NEO\_PRE\_

Contains: NEO\_PRE\_GEST\_METHOD, NEO\_PRE\_CLASSIFICATION, NEO\_PRE\_GLY\_TYPE, NEO\_PRE\_CONSULT, NEO\_PRE\_CON\_EVER, NEO\_PRE\_SPECIAL\_EVER, NEO\_PRE\_SPECIAL\_TYPE, NEO\_PRE\_CONSULT\_DATE, NEO\_PRE\_CONSULT\_TIME, NEO\_PRE\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE, NEO\_PRE\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME, NEO\_PRE\_PROC\_OXY, NEO\_PRE\_PROC\_HEAT, NEO\_PRE\_PROC\_OTHER, NEO\_PRE\_PROC\_OXYOTH\_SPEC, NEO\_PRE\_PROC\_OTOTH\_SPEC, NEO\_PRE\_PROC\_OTOTH\_SPEC, NEO\_PRE\_BABYFOOD, NEO\_PRE\_MEDICATIONS, NEO\_PRE\_OTHER\_COMP

Show If: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

Question Block: NEO\_PRE\_GEST\_METHOD

Contains: NEO\_PRE\_GEST\_METHOD\_3, NEO\_PRE\_GEST\_METHOD\_5, NEO\_PRE\_GEST\_METHOD\_1, NEO\_PRE\_GEST\_METHOD\_2, NEO\_PRE\_GEST\_METHOD\_4, NEO\_PRE\_GEST\_METHOD\_995

Required

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

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

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

Question: NEO\_PRE\_CLASSIFICATION

Required

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

78. Clasificación del recién nacido de acuerdo a edad gestacional

Pequeño

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

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

Custom Layout Question: NEO\_PRE\_CHECK1

79.	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 cardíaca (fc)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a 1 minuto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APGAR a los 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: NEO\_PRE\_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO\_PRE\_LAB1

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

Question: NEO\_PRE\_GLY\_TYPE  
 Required  
 Show if: (NEO\_PRE\_LAB\_REG\_GLY = 1)

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

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

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

Question: NEO\_PRE\_CONSULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si  
☐ No

Question: NEO\_PRE\_CON\_EVER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si  
☐ No

Question: NEO\_PRE\_SPECIAL\_EVER

Required

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

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

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

Question: NEO\_PRE\_SPECIAL\_TYPE

Required

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

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

86. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebe?

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

Question: NEO\_PRE\_CONSULT\_DATE

Required  
Show if: (NEO\_PRE\_CON\_EVER = 1:[Si])

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

87. Fecha de primera evaluación por un médico

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

Question: NEO\_PRE\_CONSULT\_TIME

Required  
Show if: (NEO\_PRE\_CON\_EVER = 1:[Si])

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

88. Hora de primera evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO\_PRE\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE

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

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

89. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: NEO\_PRE\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME

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

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

90. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question Block: NEO\_PRE\_PROC\_OXY

Contains: NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_AMBU, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_POSVENT, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_VENTMEC, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_BOLSA, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_100, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_MASKOXY, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_MASK, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_MASKRES, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_CAMP, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_HELMET, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_CAMPCEF, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_CYL, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_CYLCAP, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_CPAP, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_BIG, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_NASAL, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_CATH, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_CANULA, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_VENT, NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

91. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

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

Question Block: NEO\_PRE\_PROC\_HEAT

Contains: NEO\_PRE\_PROC\_HEAT\_INC, NEO\_PRE\_PROC\_HEAT\_WRAP, NEO\_PRE\_PROC\_HEAT\_LAMP, NEO\_PRE\_PROC\_HEAT\_KANG, NEO\_PRE\_PROC\_HEAT\_PLASTIC, NEO\_PRE\_PROC\_HEAT\_BACIN, NEO\_PRE\_PROC\_HEAT\_SERVO, NEO\_PRE\_PROC\_HEAT\_SERVOCUNA, NEO\_PRE\_PROC\_HEAT\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

92. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

Question Block: NEO\_PRE\_PROC\_OTHER

Contains: NEO\_PRE\_PROC\_OTH\_SEC, NEO\_PRE\_PROC\_OTH\_INTUB, NEO\_PRE\_PROC\_OTH\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

93. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Otro:		

Succión de secreciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intubación endotraqueal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: NEO\_PRE\_PROC\_OXYOTH\_SPEC  
Required  
Show if: (NEO\_PRE\_PROC\_OXY\_OTH = 1:[Sí])

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

Question: NEO\_PRE\_PROC\_HTOTH\_SPEC  
Required  
Show if: (NEO\_PRE\_PROC\_HEAT\_OTH = 1:[Sí])

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

Question: NEO\_PRE\_PROC\_OTHOTH\_SPEC  
Required  
Show if: (NEO\_PRE\_PROC\_OTH\_OTH = 1:[Sí])

96. ¿Que otro procedimiento se realizó?

Question Block: NEO\_PRE\_BABYFOOD  
Contains: NEO\_PRE\_BABYFOOD\_BF, NEO\_PRE\_BABYFOOD\_GLUCEIV, NEO\_PRE\_BABYFOOD\_IV, NEO\_PRE\_BABYFOOD\_ORAL,  
NEO\_PRE\_BABYFOOD\_FORMULA, NEO\_PRE\_BABYFOOD\_OTH  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

97. Anote cómo fue alimentado el bebé:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

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

Custom Layout Question: NEO\_PRE\_MED1

98.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sulbactam	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Piperacilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: NEO\_PRE\_MED2

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

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

Question: NEO\_PRE\_MEDICATIONS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

☐ Sí

☐ No

Question Block: NEO\_PRE\_OTHER\_COMP

Contains: NEO\_PRE\_OTHER\_COMP\_PNEU, NEO\_PRE\_OTHER\_COMP\_RESP, NEO\_PRE\_OTHER\_COMP\_DIA, NEO\_PRE\_OTHER\_COMP\_CONV, NEO\_PRE\_OTHER\_COMP\_HIPO, NEO\_PRE\_OTHER\_COMP\_NEURO, NEO\_PRE\_OTHER\_COMP\_OTH, NEO\_PRE\_OTHER\_COMP\_NONE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

101. ¿Que otras complicaciones tuvo el bebe (excluyendo sepsis, asfixia, bajo peso al nacer, y prematurez)?

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

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

Collection: NEO\_ASP  
 Contains: NEO\_ASP\_  
 Show if: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

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

Collection: NEO\_ASP\_  
 Contains: NEO\_ASP\_CONSULT, NEO\_ASP\_CON\_EVER, NEO\_ASP\_SPECIAL\_EVER, NEO\_ASP\_SPECIAL\_TYPE, NEO\_ASP\_CONSULT\_DATE, NEO\_ASP\_CONSULT\_TIME, NEO\_ASP\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE, NEO\_ASP\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME, NEO\_ASP\_COND, NEO\_ASP\_SECADO, NEO\_ASP\_STIM, NEO\_ASP\_RADIOGRAPHY, NEO\_ASP\_PROC\_OXY, NEO\_ASP\_PROC\_HEAT, NEO\_ASP\_PROC\_OTHER, NEO\_ASP\_PROC\_OXYOTH\_SPEC, NEO\_ASP\_PROC\_HTOH\_SPEC, NEO\_ASP\_PROC\_OTHOH\_SPEC, NEO\_ASP\_MEDICATIONS  
 Show if: (MRR\_NEO\_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: NEO\_ASP\_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO\_ASP\_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO\_ASP\_LAB1

104.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno (SO2)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		%		
Leucocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 ^3/litro		
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x 10 ^3/litro		




Hemoglobina (Hgb o Hb)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conteo sanguíneo completo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cultivo de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO\_ASP\_CONSULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	


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

- ☐ Si  
☐ No

Question: NEO\_ASP\_CON\_EVER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	


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

- ☐ Si  
☐ No

Question: NEO\_ASP\_SPECIAL\_EVER

Required

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

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

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

Question: NEO\_ASP\_SPECIAL\_TYPE

Required

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

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

108. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebe?



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

Question: NEO\_ASP\_CONSULT\_DATE

Required

Show if: (NEO\_ASP\_CON\_EVER = 1:[Si])

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



109. Fecha de primera evaluación por un médico

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

Question: NEO\_ASP\_CONSULT\_TIME

Required

Show if: (NEO\_ASP\_CON\_EVER = 1:[Si])

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



110. Hora de primera evaluación por un médico

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

Question: NEO\_ASP\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE

Required

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

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



111. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: NEO\_ASP\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME

Required

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

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



112. Hora de primera evaluación por la especialisa

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

Question Block: NEO\_ASP\_COND

Contains: NEO\_ASP\_COND\_AMINIO, NEO\_ASP\_COND\_HIPO, NEO\_ASP\_COND\_BREATHE, NEO\_ASP\_COND\_CRYING

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	




113. Anote el condición del bebe

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

Question: NEO\_ASP\_SECADO

Required

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


 114. Anote si el bebe fue secado

- ☐ Si  
☐ No registrado

Question: NEO\_ASP\_STIM

Required

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


 115. Anote si el bebe fue estimulado

- ☐ Si  
☐ No registrado

Question: NEO\_ASP\_RADIOGRAPHY

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 116. Anote si se tomó una radiografía de tórax


- ☐ Si  
☐ No

Question Block: NEO\_ASP\_PROC\_OXY

Contains: NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_AMBU, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_POSVENT, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_VENTMEC, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_BOLSA, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_100, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_MASKOXY, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_MASK, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_MASKRES, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_CAMP, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_HELMET, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_CAMPCEF, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_CYL, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_CYLCAP, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_CPAP, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_BIG, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_NASAL, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_CATH, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_CANULA, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_VENT, NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 117. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

Bigotera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntas nasales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puntas de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cánula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de venturi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de oxígeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO\_ASP\_PROC\_HEAT

Contains: NEO\_ASP\_PROC\_HEAT\_INC, NEO\_ASP\_PROC\_HEAT\_WRAP, NEO\_ASP\_PROC\_HEAT\_LAMP, NEO\_ASP\_PROC\_HEAT\_KANG, NEO\_ASP\_PROC\_HEAT\_PLASTIC, NEO\_ASP\_PROC\_HEAT\_BACIN, NEO\_ASP\_PROC\_HEAT\_SERVO, NEO\_ASP\_PROC\_HEAT\_SERVOCUNA, NEO\_ASP\_PROC\_HEAT\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

118. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

Question Block: NEO\_ASP\_PROC\_OTHER

Contains: NEO\_ASP\_PROC\_OTH\_SEC, NEO\_ASP\_PROC\_OTH\_INTUB, NEO\_ASP\_PROC\_OTH\_MASSAGE, NEO\_ASP\_PROC\_OTH\_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

119. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

Question: NEO\_ASP\_PROC\_OXYOTH\_SPEC

Required

Show if: (NEO\_ASP\_PROC\_OXY\_OTH = 1:[Sí])

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

Question: NEO\_ASP\_PROC\_HTOTH\_SPEC  
Required  
Show if: (NEO\_ASP\_PROC\_HEAT\_OTH = 1:[Sí])

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

Question: NEO\_ASP\_PROC\_OTHOTH\_SPEC  
Required  
Show if: (NEO\_ASP\_PROC\_OTH\_OTH = 1:[Sí])

122. ¿Que otro procedimiento se realizó?

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

Custom Layout Question: NEO\_ASP\_MED1

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

Question: NEO\_ASP\_MEDICATIONS  
Required

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

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

- ☐ Sí  
☐ No registrado

Collection: GEN\_DISPOSITION  
Contains: NEO\_DISPOSITION, NEO\_REF\_ACCOMTO, NEO\_REF\_TYPTETO, NEO\_REF\_MUNICIPTO, NEO\_REF\_NAMETO, NEO\_SEP\_REF\_REAS, NEO\_LBW\_REF\_REAS, NEO\_PRE\_REF\_REAS, NEO\_ASP\_REF\_REAS, NEO\_REF\_HOW, NEO\_DIS\_DATE, NEO\_DIS\_TIME, NEO\_DEATH\_DATE, NEO\_DEATH\_TIME  
Show if: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

Question: NEO\_DISPOSITION  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
6	Referido a otra unidad médica	Never Shown
3	Traslado/referido a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

125. Resultado final de la estancia del bebe en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital  
☐ Egresó para su casa  
☐ Referido a otra unidad médica  
☐ Traslado/referido a otra unidad médica  
☐ Egresó contra las indicaciones médicas

☐ Desconocido

☐ Otra (especificar):

☐ No registrado

Question: NEO\_REF\_ACCOMTO

Required

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

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

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

☐ Si, por un médico

☐ Si, por una enfermera

☐ Si, por un otro trabajador:

☐ No


☐ No registrado

Question: NEO\_REF\_TYPTO

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)	
2	Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)	
3	Policlínico Tipo III (CMI)	
4	Hospital tipo 1 (hospital de área)	
5	Hospital tipo 2 (hospital de regional)	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

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

☐ Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)

☐ Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)

☐ Policlínico Tipo III (CMI)

☐ Hospital tipo 1 (hospital de área)

☐ Hospital tipo 2 (hospital de regional)

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

Question: NEO\_REF\_MUNICIPTO

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choluteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de Maria	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	
6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyure	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Lange	
36	Länge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	
12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	

13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucía	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Puringla	
18	Tambla	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	
-1	No registrado	



128. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Comayagua
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Gracias
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Jigua
- ☐ La Paz
- ☐ La Virtud
- ☐ Langue
- ☐ Lánge
- ☐ Magdalena
- ☐ Mapulaca
- ☐ Nueva Arcadia
- ☐ Piraera
- ☐ San Antonio, COPÁN
- ☐ San Antonio, INTIBUCÁ
- ☐ San Francisco de Opalaca
- ☐ San Jeronimo
- ☐ San José de Comayagua
- ☐ San Juan Guarita
- ☐ San Lorenzo
- ☐ San Marcos
- ☐ San Marcos de Colon
- ☐ San Miguelito
- ☐ San Nicolas
- ☐ Santa Cruz de Yojoa
- ☐ Santa Lucía
- ☐ Santa Rita
- ☐ Santa Rosa
- ☐ Santiago de Puringla
- ☐ Tambla
- ☐ Taulabe
- ☐ Tomalá
- ☐ Valladolid
- ☐ Virginia
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No registrado

Question: NEO\_REF\_NAMETO

Required

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

129. ¿A cual unidad fue el bebé referido/traslado?

Question: NEO\_SEP\_REF\_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (NEO\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica]) and (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

130. SEPSIS

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO\_LBW\_REF\_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of ) and (NEO\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

131. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO\_PRE\_REF\_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of ) and (NEO\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

132. PREMATUREZ

Razón por la que fue rtransferido el bebé:

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

Question: NEO\_ASP\_REF\_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (MRR\_NEO\_COMP is-any-of ) and (NEO\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

133. ASFIXIA AL NACIMIENTO

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO\_REF\_HOW

Minimum checks: 1



Show if: (NEO\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica]) and (MRR\_NEO\_COMP is-any-of )

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

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

Question: NEO\_DIS\_DATE

Required

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

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

135. Fecha de egreso/transferido

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

Question: NEO\_DIS\_TIME

Required

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

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

136. Hora de egreso/transferido

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

Question: NEO\_DEATH\_DATE

Required

Show if: (NEO\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

137. Fecha de defunción

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

Question: NEO\_DEATH\_TIME

Required

Show if: (NEO\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

138. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

Question: COMMENT\_COMPL\_NEONATAL

139. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha llegado al final de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat