



Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required

ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR Obstetric

Revisión del registro médico

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

1. Fecha:

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

2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casa de Salud	
2	Centro de Salud con hospitalización	
3	Centro de Salud con Servicios Ampliados	
4	Clínica de Especialidades	
5	Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico	
6	Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos	
7	Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos	
8	Unidad de Especialidades Médicas	
9	Unidad móvil	
10	Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico	
11	Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos	
12	Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos	
13	Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos	
14	Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos	
15	Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos	
16	Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos	
17	Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos	
18	Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos	
19	Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos	
20	Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos	
21	Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos	
22	Hospital especializado	
23	Hospital general	
24	Hospital integral (comunitario)	



4. Tipo de unidad médica

- ☐ Casa de Salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos

- Jump-If:** (MRR_TYPE_UNIT is none-of 2:[Centro de Salud con hospitalización] or 3:[Centro de Salud con Servicios Ampliados] or 4:[Clínica de Especialidades] or 22:[Hospital especializado] or 23:[Hospital general] or 24:[Hospital integral (comunitario)])

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

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

-
- | Age Group | Percentage of Respondents |
|-----------|---------------------------|
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |
| 40-49 | 85% |
| 50-59 | 82% |
| 60-69 | 78% |
| 70-79 | 72% |
| 80-89 | 68% |
| 90+ | 62% |
| 18-29 | 92% |
| 30-39 | 88% |



- ☐ [REDACTED]
- ☐ [REDACTED]
- ☐ [REDACTED]
- ☐ [REDACTED]
- ☐ [REDACTED]

Collection: MRR Obstetric**Contains:** MATERNAL_COMPLICATIONS**Show if:** (MRR_TYPE_UNIT is-any-of 2:[Centro de Salud con hospitalización] or 3:[Centro de Salud con Servicios Ampliados] or 4:[Clínica de Especialidades] or 22:[Hospital especializado] or 23:[Hospital general] or 24:[Hospital integral (comunitario)])**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS****Collection:** MATERNAL_COMPLICATIONS**Contains:** MRR_WOM_DEL_COMP, MRR_SELECTION, MRR_GENERAL, SEPSIS, HEMORRHAGE, PRE-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA**Complicaciones maternas**

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

Custom Layout Question: WOM_ICD_CODE

6.

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

Código CIE-10 principal . o ☐ No registrado o ☐ No registrado

Código CIE-10 segundo . o ☐ No registrado o ☐ No registrado

Código CIE-10 tercero . o ☐ No registrado o ☐ No registrado

Código CIE-10 cuarto . o ☐ No registrado o ☐ No registrado

Código CIE-10 quinto . o ☐ No registrado o ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_DEL_COMP**Minimum checks:** 1

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

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

Question: MRR_SELECTION**Required**

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



8. Método para elegir expediente:

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

Jump-To: JMP3**Description:****Jump-To-Item:** NO_COMPL**Jump-If:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)**Collection:** MRR_GENERAL**Contains:** WOM_ADM_DATE, WOM_ADM_TIME, WOM_IDENTIFY_DATE, WOM_IDENTIFY_TIME, WOM_ADM_REFFROM, WOM_REF_ACCOMFROM, WOM_REF_DATEFROM, WOM_REF_TIMEFROM, WOM_REF_TYPEFROM, WOM_REF_MUNICIPFROM, WOM_REF_NAMEFROM, MRR_AGE, MRR_LITERACY, MRR_MAR_STAT, MRR_ETHNICITY, MRR_AREA, MRR_EDU, WOM_MUNICIP_ID, WOM_GESTAGE, WOM_BABYCOMPL, WOM_BABYBIRTH_WHERE, WOM_BABYBIRTH_WHERE_FACILITY, WOM_BABYBIRTH_DATE, WOM_BABYBIRTH_TIME**Question:** WOM_ADM_DATE**Required**

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



9. Indique si los siguientes fueron registrados para usuarias:

Fecha de admisión/ ingreso:

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

Question: WOM_ADM_TIME**Required**

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



10. Indique si los siguientes fueron registrados para usuarias:

Hora de admisión (horario de 24 horas):


Hora: (HH:MM)

- ☐
- ☐ No registrado

Question: WOM_IDENTIFY_DATE

Required

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

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

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

Question: WOM_IDENTIFY_TIME

Required

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


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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_ADM_REFFROM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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


- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_REF_ACCOMFROM

Required

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

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

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


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

Question: WOM_REF_DATEFROM

Required

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

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

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

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

Question: WOM_REF_TIMEFROM

Required

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

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

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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_REF_TYPEFROM

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casa de Salud	
2	Centro de Salud con hospitalización	
3	Centro de Salud con Servicios Ampliados	
4	Clinica de Especialidades	
5	Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico	
6	Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos	
7	Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos	
8	Unidad de Especialidades Médicas	

9	Unidad móvil	
10	Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico	
11	Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos	
12	Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos	
13	Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos	
14	Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos	
15	Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos	
16	Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos	
17	Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos	
18	Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos	
19	Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos	
20	Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos	
21	Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos	
22	Hospital especializado	
23	Hospital general	
24	Hospital integral (comunitario)	



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

- ☐ Casa de Salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
- ☐ Unidad de Especialidades Médicas
- ☐ Unidad móvil
- ☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos
- ☐ Hospital especializado
- ☐ Hospital general
- ☐ Hospital integral (comunitario)

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Acacoyagua	
2	Acala	
3	Acapetahua	
4	Altamirano	
5	Amatán	
6	Amatenango de la Frontera	
7	Amatenango del Valle	
8	Ángel Albino Corzo	
9	Arriaga	
10	Bejucal de Ocampo	
11	Bella Vista	
12	Berriozábal	
13	Bochil	
14	El Bosque	
15	Cacahoatán	
16	Catazajá	
17	Cintalapa	
18	Coapilla	
19	Comitán de Domínguez	
20	La Concordia	
21	Copainalá	
22	Chalchihuitán	
23	Chamula	
24	Chanal	
25	Chapultenango	
26	Chenalhó	
27	Chiapa de Corzo	
28	Chiapilla	
29	Chicoasén	
30	Chicomuselo	
31	Chilón	
32	Escuintla	
33	Francisco León	
34	Frontera Comalapa	
35	Frontera Hidalgo	
36	La Grandeza	
37	Huehuetán	
38	Huixtán	
39	Huitupán	
40	Huixtla	
41	La Independencia	
42	Ixhuatán	
43	Ixtacomitán	
44	Ixtapa	
45	Ixtapangajoya	
46	Jiquipilas	

47	Jitotol	
48	Juárez	
49	Larráinzar	
50	La Libertad	
51	Mapastepec	
52	Las Margaritas	
53	Mazapa de Madero	
54	Mazatán	
55	Metapa	
56	Mitontic	
57	Motuzintla	
58	Nicolás Ruiz	
59	Ocosingo	
60	Ocoatepec	
61	Ocozacoautla de Espinosa	
62	Ostuacán	
63	Osumacinta	
64	Oxchuc	
65	Palenque	
66	Pantelhó	
67	Pantepec	
68	Pichucalco	
69	Pijijiapan	
70	El Porvenir	
71	Villa Comaltitlán	
72	Pueblo Nuevo Solistahuacán	
73	Rayón	
74	Reforma	
75	Las Rosas	
76	Sabanilla	
77	Salto de Agua	
78	San Cristóbal de las Casas	
79	San Fernando	
80	Siltepec	
81	Simojovel	
82	Sitalá	
83	Socoltenango	
84	Solosuchiapa	
85	Soyaló	
86	Suchiapa	
87	Suchiate	
88	Sunuapa	
89	Tapachula	
90	Tapalapa	
91	Tapilula	
92	Tecpatán	
93	Tenejapa	
94	Teopisca	
96	Tila	
97	Tonalá	
98	Totolapa	
99	La Trinitaria	
100	Tumbalá	
101	Tuxtla Gutiérrez	
102	Tuxtla Chico	
103	Tuzantán	
104	Tzimiol	
105	Unión Juárez	
106	Venustiano Carranza	
107	Villa Corzo	
108	Villaflores	
109	Yajalón	
110	San Lucas	
111	Zinacantán	
112	San Juan Cancuc	
113	Aldama	
114	Benemérito de las Américas	
115	Maravilla Tenejapa	
116	Marqués de Comillas	
117	Montecristo de Guerrero	
118	San Andrés Duraznal	
119	Santiago el Pinar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	




18. ¿Desde cual municipio fue la unidad?

- ☐ Acacoyagua
- ☐ Acala
- ☐ Acapetahua
- ☐ Altamirano
- ☐ Amatán
- ☐ Amatenango de la Frontera
- ☐ Amatenango del Valle
- ☐ Ángel Albino Corzo
- ☐ Arriaga
- ☐ Bejucal de Ocampo
- ☐ Bella Vista
- ☐ Berriozábal
- ☐ Bochil
- ☐ El Bosque
- ☐ Cacahoatán
- ☐ Catatzajá
- ☐ Cintalapa
- ☐ Coapilla
- ☐ Comitán de Domínguez
- ☐ La Concordia

- ☐ Copainalá
- ☐ Chalchihuitán
- ☐ Chamula
- ☐ Chanal
- ☐ Chapultenango
- ☐ Chenalhó
- ☐ Chiapa de Corzo
- ☐ Chiapilla
- ☐ Chicoasén
- ☐ Chicomuselo
- ☐ Chilón
- ☐ Escuintla
- ☐ Francisco León
- ☐ Frontera Comalapa
- ☐ Frontera Hidalgo
- ☐ La Grandeza
- ☐ Huehuetán
- ☐ Huixtán
- ☐ Huitiupán
- ☐ Huixtla
- ☐ La Independencia
- ☐ Ixhuatán
- ☐ Ixtacomitán
- ☐ Ixtapa
- ☐ Ixtapangajoya
- ☐ Jiquipilas
- ☐ Jitolol
- ☐ Juárez
- ☐ Larráinzar
- ☐ La Libertad
- ☐ Mapastepec
- ☐ Las Margaritas
- ☐ Mazapa de Madero
- ☐ Mazatán
- ☐ Metapa
- ☐ Mitontic
- ☐ Motozintla
- ☐ Nicolás Ruíz
- ☐ Ocosingo
- ☐ Ocotepec
- ☐ Ocozacoautla de Espinosa
- ☐ Ostuacán
- ☐ Osumacinta
- ☐ Oxchuc
- ☐ Palenque
- ☐ Pantelhó
- ☐ Pantepec
- ☐ Pichucalco
- ☐ Pijijiapan
- ☐ El Porvenir
- ☐ Villa Comaltitlán
- ☐ Pueblo Nuevo Solistahuacán
- ☐ Rayón
- ☐ Reforma
- ☐ Las Rosas
- ☐ Sabanilla
- ☐ Salto de Agua
- ☐ San Cristóbal de las Casas
- ☐ San Fernando
- ☐ Siltepec
- ☐ Simojovel
- ☐ Sitalá
- ☐ Socoltenango
- ☐ Solosuchiapa
- ☐ Soyaló
- ☐ Suchiapa
- ☐ Suchiate
- ☐ Sunuapa
- ☐ Tapachula
- ☐ Tapalapa
- ☐ Tapilula
- ☐ Tecpatán
- ☐ Tenejapa
- ☐ Teopisca
- ☐ Tila

- ☐ Tonalá
- ☐ Totolapa
- ☐ La Trinitaria
- ☐ Tumbalá
- ☐ Tuxtla Gutiérrez
- ☐ Tuxtla Chico
- ☐ Tuzantán
- ☐ Tzímol
- ☐ Unión Juárez
- ☐ Venustiano Carranza
- ☐ Villa Corzo
- ☐ Villaflores
- ☐ Yajalón
- ☐ San Lucas
- ☐ Zinacantán
- ☐ San Juan Cancuc
- ☐ Aldama
- ☐ Benemérito de las Américas
- ☐ Maravilla Tenejapa
- ☐ Marqués de Comillas
- ☐ Montecristo de Guerrero
- ☐ San Andrés Duraznal
- ☐ Santiago el Pinar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

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

 19. ¿Desde cual unidad de salud fue la mujer referida/traslado?


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

Jump-To: JMP2
Description:
Jump-To-Item: END
Jump-If: ((DATE_ELEGIBILITY_2015 = 0) and (DATE_ELEGIBILITY_2017 = 1)) or ((DATE_ELEGIBILITY_2017 = 0) and (DATE_ELEGIBILITY_2015 = 1))

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

Question: MRR_AGE
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
0	no registrada	

 20. Edad:

- ☐
- ☐ no registrada

Question: MRR_LITERACY
Required


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

 21. Alfabetismo (lee y escribe):

- ☐ Alfabeto
- ☐ Analfabeto
- ☐ No registrado

Question: MRR_MAR_STAT
Required

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

 22. Estado civil/familiar:

- ☐ Casada
- ☐ Unión estable
- ☐ Soltera
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Acompañada

- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: MRR_ETHNICITY

Required

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



23. Etnia:

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

Question: MRR_AREA

Required

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



24. Área:

- ☐ Urbana
- ☐ Rural
- ☐ No registrado

Question: MRR_EDU

Required

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



25. Educación

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

Question: WOM_MUNICIP_ID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Acacoyagua	
2	Acala	
3	Acapetahua	
4	Altamirano	
5	Amatán	
6	Amatenango de la Frontera	
7	Amatenango del Valle	
8	Ángel Albino Corzo	
9	Arriaga	
10	Bejucal de Ocampo	
11	Bella Vista	
12	Berriozábal	
13	Bochil	
14	El Bosque	
15	Cacahoatán	
16	Catazajá	
17	Cintalapa	
18	Coapilla	
19	Comitán de Domínguez	
20	La Concordia	
21	Copainalá	
22	Chalchihuitán	
23	Chamula	
24	Chanal	
25	Chapultenango	
26	Chenalhó	
27	Chiapa de Corzo	
28	Chiapilla	
29	Chicoasén	
30	Chicomuselo	
31	Chilón	
32	Escuintla	
33	Francisco León	
34	Frontera Comalapa	
35	Frontera Hidalgo	
36	La Grandeza	
37	Huehuetán	
38	Huixtán	
39	Huitiupán	

40	Huixtla	
41	La Independencia	
42	Ixhucatán	
43	Ixtacomitán	
44	Ixtapa	
45	Ixtapangajoya	
46	Jiquipilas	
47	Jitotol	
48	Juárez	
49	Larráinzar	
50	La Libertad	
51	Mapastepec	
52	Las Margaritas	
53	Mazapa de Madero	
54	Mazatán	
55	Metapa	
56	Mitontic	
57	Motozintla	
58	Nicolás Ruiz	
59	Ocosingo	
60	Ocoatepec	
61	Ocozacoautla de Espinosa	
62	Ostuacán	
63	Osumacinta	
64	Oxchuc	
65	Palenque	
66	Pantelhó	
67	Pantepec	
68	Pichucalco	
69	Pijijiapan	
70	El Porvenir	
71	Villa Comaltitlán	
72	Pueblo Nuevo Solistahuacán	
73	Rayón	
74	Reforma	
75	Las Rosas	
76	Sabanilla	
77	Salto de Agua	
78	San Cristóbal de las Casas	
79	San Fernando	
80	Siltepec	
81	Simojovel	
82	Sitalá	
83	Socotenango	
84	Solosuchiapa	
85	Soyaló	
86	Suchiapa	
87	Suchiate	
88	Sunuapa	
89	Tapachula	
90	Tapalapa	
91	Tapilula	
92	Tecpatán	
93	Tenejapa	
94	Teopisca	
96	Tila	
97	Tonalá	
98	Totolapa	
99	La Trinitaria	
100	Tumbalá	
101	Tuxtla Gutiérrez	
102	Tuxtla Chico	
103	Tuzantán	
104	Tzimol	
105	Unión Juárez	
106	Venustiano Carranza	
107	Villa Corzo	
108	Villaflores	
109	Yajalón	
110	San Lucas	
111	Zinacantán	
112	San Juan Cancuc	
113	Aldama	
114	Benemérito de las Américas	
115	Maravilla Tenejapa	
116	Marqués de Comillas	
117	Montecristo de Guerrero	
118	San Andrés Duraznal	
119	Santiago el Pinar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



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

- ☐ Acacoyagua
- ☐ Acala
- ☐ Acapetahua
- ☐ Altamirano
- ☐ Amatán
- ☐ Amatenango de la Frontera
- ☐ Amatenango del Valle
- ☐ Ángel Albino Corzo
- ☐ Arriaga
- ☐ Bejucal de Ocampo
- ☐ Bella Vista
- ☐ Berriozábal
- ☐ Bochil
- ☐ El Bosque

- ☐ Cacahoatán
- ☐ Catatzajá
- ☐ Cintalapa
- ☐ Coapilla
- ☐ Comitán de Domínguez
- ☐ La Concordia
- ☐ Copainalá
- ☐ Chalchihuitán
- ☐ Chamula
- ☐ Chanal
- ☐ Chapultenango
- ☐ Chenalhó
- ☐ Chiapa de Corzo
- ☐ Chiapilla
- ☐ Chicoasén
- ☐ Chicomuselo
- ☐ Chilón
- ☐ Escuintla
- ☐ Francisco León
- ☐ Frontera Comalapa
- ☐ Frontera Hidalgo
- ☐ La Grandeza
- ☐ Huehuetán
- ☐ Huixtán
- ☐ Huitiupán
- ☐ Huixtla
- ☐ La Independencia
- ☐ Ixhuatán
- ☐ Ixtacomitán
- ☐ Ixtapa
- ☐ Ixtapangajoya
- ☐ Jiquipilas
- ☐ Jitolol
- ☐ Juárez
- ☐ Larráinzar
- ☐ La Libertad
- ☐ Mapastepec
- ☐ Las Margaritas
- ☐ Mazapa de Madero
- ☐ Mazatán
- ☐ Metapa
- ☐ Mitontic
- ☐ Motozintla
- ☐ Nicolás Ruíz
- ☐ Ocosingo
- ☐ Ocotepec
- ☐ Ocozacoautla de Espinosa
- ☐ Ostuacán
- ☐ Osumacinta
- ☐ Oxchuc
- ☐ Palenque
- ☐ Pantelhó
- ☐ Pantepec
- ☐ Pichucalco
- ☐ Pijijiapan
- ☐ El Porvenir
- ☐ Villa Comaltitlán
- ☐ Pueblo Nuevo Solistahuacán
- ☐ Rayón
- ☐ Reforma
- ☐ Las Rosas
- ☐ Sabanilla
- ☐ Salto de Agua
- ☐ San Cristóbal de las Casas
- ☐ San Fernando
- ☐ Siltepec
- ☐ Simojovel
- ☐ Sitalá
- ☐ Socoltenango
- ☐ Solosuchiapa
- ☐ Soyaló
- ☐ Suchiapa
- ☐ Suchiate
- ☐ Sunuapa
- ☐ Tapachula

- ☐ Tapalapa
- ☐ Tapilula
- ☐ Tecpatán
- ☐ Tenejapa
- ☐ Teopisca
- ☐ Tila
- ☐ Tonalá
- ☐ Totolapa
- ☐ La Trinitaria
- ☐ Tumbalá
- ☐ Tuxtla Gutiérrez
- ☐ Tuxtla Chico
- ☐ Tuzantán
- ☐ Tzimol
- ☐ Unión Juárez
- ☐ Venustiano Carranza
- ☐ Villa Corzo
- ☐ Villaflores
- ☐ Yajalón
- ☐ San Lucas
- ☐ Zinacantán
- ☐ San Juan Cancuc
- ☐ Aldama
- ☐ Benemérito de las Américas
- ☐ Maravilla Tenejapa
- ☐ Marqués de Comillas
- ☐ Montecristo de Guerrero
- ☐ San Andrés Duraznal
- ☐ Santiago el Pinar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: WOM_GESTAGE**Required**

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



27. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: WOM_BABYCOMPL**Minimum checks:** 1

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

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

Question: WOM_BABYBIRTH_WHERE**Required**

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



29. ¿Donde ocurrió este nacimiento?

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

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casa de Salud	
2	Centro de Salud con hospitalización	
3	Centro de Salud con Servicios Ampliados	
4	Clinica de Especialidades	

5	Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico	
6	Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos	
7	Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos	
8	Unidad de Especialidades Médicas	
9	Unidad móvil	
10	Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico	
11	Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos	
12	Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos	
13	Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos	
14	Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos	
15	Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos	
16	Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos	
17	Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos	
18	Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos	
19	Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos	
20	Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos	
21	Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos	
22	Hospital especializado	
23	Hospital general	
24	Hospital integral (comunitario)	

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

☐ Casa de Salud

☐ Centro de Salud con hospitalización

☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados

☐ Clínica de Especialidades

☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico

☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos

☐ Unidad de Especialidades Médicas

☐ Unidad móvil

☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico

☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos

☐ Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos

☐ Hospital especializado

☐ Hospital general

☐ Hospital integral (comunitario)

Question: WOM_BABYBIRTH_DATE

Required

Show if: (WOM_BABYBIRTH_WHERE ≠ 5:[El nacimiento no ocurrió])

Scale Summary

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

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

Fecha de nacimiento

☐ Si: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

Question: WOM_BABYBIRTH_TIME

Required

Show if: (WOM_BABYBIRTH_WHERE ≠ 5:[El nacimiento no ocurrió])

Scale Summary

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

32. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebé

Hora de nacimiento (horario de 24 horas)

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

Jump-To: JUMPTO_END

Description:

Jump-To-Item: END

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

Collection: SEPSIS

Contains: SEP

Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

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

Collection: SEP

Contains: WOM_SEP_CAUSE_, WOM_SEP_CAUSE_OTH_SPEC, WOM_SEP_PROCEDURES_, WOM_SEP_PROCEDURES_OTH_SPEC, WOM_SEP_MEDICATIONS, WOM_SEP_SPECIAL_EVER, WOM_SEP_SPECIAL_TYPE, WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_SEP_RESULT, WOM_SEP_DISPOSITION, WOM_SEP_RESOLVE_DATE, WOM_SEP_RESOLVE_TIME, WOM_SEP_REF_REAS, WOM_SEP_REF_ACCOMTO, WOM_SEP_REF_TYPTETO, WOM_SEP_REF_MUNICIPTO, WOM_SEP_REF_NAMETO, WOM_SEP_DIS_DATE, WOM_SEP_DIS_TIME, WOM_SEP_DEATH_DATE, WOM_SEP_DEATH_TIME

Show if: (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_CHECK

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
33. 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"/>
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 los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

Custom Layout Question: WOM_SEP_LAB

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
34. Leucocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ³ /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recuento de 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"/>
Hematocrito (Hto o Hct)	<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"/>
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 Block: WOM_SEP_CAUSE_

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

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

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

	Sí	No
Aborto séptico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruptura prematura de las membranas (RPM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corioamnioitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abscesos (en general)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absceso pélvico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embarazos ectopicos infectados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelviperitonitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desgarro de canal vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Episiotomía infectada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endometritis postparto o post-cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiebre puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retención de restos placentarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: WOM_SEP_CAUSE_OTH_SPEC

Required

Show if: (WOM_SEP_CAUSE_OTH = 1:[Sí])

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

Question Block: WOM_SEP_PROCEDURES_

Contains: WOM_SEP_PROCEDURES_AMEU, WOM_SEP_PROCEDURES_CAVIDAD, WOM_SEP_PROCEDURES_LEGRADO, WOM_SEP_PROCEDURES_HIST, WOM_SEP_PROCEDURES_LAP, WOM_SEP_PROCEDURES_SUTURE, WOM_SEP_PROCEDURES_SURG, WOM_SEP_PROCEDURES_DRENAJE, WOM_SEP_PROCEDURES_SALPIN, WOM_SEP_PROCEDURES_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

37. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

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

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

Question: WOM_SEP_PROCEDURES_OTH_SPEC

Required

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

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

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

Custom Layout Question: WOM_SEP_MED

39.

Amikacina

Administrado Dosis

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

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

Question: WOM_SEP_MEDICATIONS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: WOM_SEP_SPECIAL_EVER**Required**

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



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

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

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

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




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

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

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

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

 43. Fecha de primera evaluación por la especialista


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

Question: WOM_SEP_CONSULT_SPECIAL_TIME

Required

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

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


 44. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_RESULT

Required

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

 45. Resultado del embarazo:

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

Question: WOM_SEP_DISPOSITION

Required

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

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

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

Question: WOM_SEP_RESOLVE_DATE

Required

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


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

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

Question: WOM_SEP_RESOLVE_TIME

Required

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


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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_SEP_REF_REAS

Minimum checks: 1


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

 49. Razón por la que fue referida/traslado:


- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Sangrado
- ☐ Loquios
- ☐ Choque séptico

☐ Descompensada☐ Otro ☐ No registrado**Question:** WOM_SEP_REF_ACCOMTO**Required****Show if:** (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

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

 50. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?☐ Si, por un médico☐ Si, por una enfermera☐ Si, por un otro trabajador: ☐ No☐ No registrado**Question:** WOM_SEP_REF_TYPTETO**Required****Show if:** (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casa de Salud	
2	Centro de Salud con hospitalización	
3	Centro de Salud con Servicios Ampliados	
4	Clínica de Especialidades	
5	Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico	
6	Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos	
7	Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos	
8	Unidad de Especialidades Médicas	
9	Unidad móvil	
10	Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico	
11	Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos	
12	Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos	
13	Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos	
14	Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos	
15	Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos	
16	Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos	
17	Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos	
18	Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos	
19	Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos	
20	Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos	
21	Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos	
22	Hospital especializado	
23	Hospital general	
24	Hospital integral (comunitario)	

 51. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer☐ Casa de Salud☐ Centro de Salud con hospitalización☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados☐ Clínica de Especialidades☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos☐ Unidad de Especialidades Médicas☐ Unidad móvil☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos☐ Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos☐ Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos☐ Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos☐ Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos☐ Hospital especializado☐ Hospital general☐ Hospital integral (comunitario)**Question:** WOM_SEP_REF_MUNICIPTO**Required****Show if:** (WOM_SEP_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Acacoyagua	
2	Acala	
3	Acapetahua	
4	Altamirano	
5	Amatán	
6	Amatenango de la Frontera	

7	Amatenango del Valle	
8	Ángel Albino Corzo	
9	Arriaga	
10	Bejucal de Ocampo	
11	Bella Vista	
12	Berriozábal	
13	Bochil	
14	El Bosque	
15	Cacahoatán	
16	Catazajá	
17	Cintalapa	
18	Coapilla	
19	Comitán de Domínguez	
20	La Concordia	
21	Copainalá	
22	Chalchihuitán	
23	Chamula	
24	Chanal	
25	Chapultenango	
26	Chenalhó	
27	Chiapa de Corzo	
28	Chiapilla	
29	Chicoasén	
30	Chicomuselo	
31	Chilón	
32	Escuintla	
33	Francisco León	
34	Frontera Comalapa	
35	Frontera Hidalgo	
36	La Grandeza	
37	Huehuetán	
38	Huixtán	
39	Huitiupán	
40	Huixtla	
41	La Independencia	
42	Ixhuitán	
43	Ixtacomitán	
44	Ixtapa	
45	Ixtapangajoya	
46	Jiquipilas	
47	Jitotol	
48	Juárez	
49	Larráinzar	
50	La Libertad	
51	Mapastepec	
52	Las Margaritas	
53	Mazapa de Madero	
54	Mazatán	
55	Metapa	
56	Mitontic	
57	Motozintla	
58	Nicolás Ruiz	
59	Ocosingo	
60	Ocoatepec	
61	Ocozacoautla de Espinosa	
62	Ostuacán	
63	Osumacinta	
64	Oxchuc	
65	Palenque	
66	Pantelhó	
67	Pantepec	
68	Pichucalco	
69	Pijijiapan	
70	El Porvenir	
71	Villa Comaltitlán	
72	Pueblo Nuevo Solistahuacán	
73	Rayón	
74	Reforma	
75	Las Rosas	
76	Sabanilla	
77	Salto de Agua	
78	San Cristóbal de las Casas	
79	San Fernando	
80	Siltepec	
81	Simojovel	
82	Sitalá	
83	Socoltenango	
84	Solosuchiapa	
85	Soyaló	
86	Suchiapa	
87	Suchiate	
88	Sunuapa	
89	Tapachula	
90	Tapalapa	
91	Tapilula	
92	Tecpatán	
93	Tenejapa	
94	Teopisca	
96	Tila	
97	Tonalá	
98	Totolapa	
99	La Trinitaria	
100	Tumbalá	
101	Tuxtla Gutiérrez	
102	Tuxtla Chico	
103	Tuzantán	
104	Tzimol	
105	Unión Juárez	
106	Venustiano Carranza	
107	Villa Corzo	
108	Villaflores	
109	Yajalón	
110	San Lucas	
111	Zinacantan	

	San Juan Cancuc	
113	Aldama	
114	Benemérito de las Américas	
115	Maravilla Tenejapa	
116	Marqués de Comillas	
117	Montecristo de Guerrero	
118	San Andrés Duraznal	
119	Santiago el Pinar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



52. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Acacoyagua
- ☐ Acala
- ☐ Acapetahua
- ☐ Altamirano
- ☐ Amatán
- ☐ Amatenango de la Frontera
- ☐ Amatenango del Valle
- ☐ Ángel Albino Corzo
- ☐ Arriaga
- ☐ Bejucal de Ocampo
- ☐ Bella Vista
- ☐ Berriozábal
- ☐ Bochil
- ☐ El Bosque
- ☐ Cacahoatán
- ☐ Catazajá
- ☐ Cintalapa
- ☐ Coapilla
- ☐ Comitán de Domínguez
- ☐ La Concordia
- ☐ Copainalá
- ☐ Chalchihuitán
- ☐ Chamula
- ☐ Chanal
- ☐ Chapultenango
- ☐ Chenalhó
- ☐ Chiapa de Corzo
- ☐ Chiapilla
- ☐ Chicoasén
- ☐ Chicomuselo
- ☐ Chilón
- ☐ Escuintla
- ☐ Francisco León
- ☐ Frontera Comalapa
- ☐ Frontera Hidalgo
- ☐ La Grandeza
- ☐ Huehuetán
- ☐ Huixtán
- ☐ Huitiupán
- ☐ Huixtla
- ☐ La Independencia
- ☐ Ixhuatán
- ☐ Ixtacomitán
- ☐ Ixtapa
- ☐ Ixtapangajoyá
- ☐ Jiquipilas
- ☐ Jitolol
- ☐ Juárez
- ☐ Larráinzar
- ☐ La Libertad
- ☐ Mapastepec
- ☐ Las Margaritas
- ☐ Mazapa de Madero
- ☐ Mazatán
- ☐ Metapa
- ☐ Mitontic
- ☐ Motozintla
- ☐ Nicolás Ruíz
- ☐ Ocosingo
- ☐ Ocotepec
- ☐ Ocozacoautla de Espinosa
- ☐ Ostuacán
- ☐ Osumacinta
- ☐ Oxchuc
- ☐ Palenque
- ☐ Pantelhó
- ☐ Pantepec

- ☐ Pichucalco
- ☐ Pijijiapan
- ☐ El Porvenir
- ☐ Villa Comaltitlán
- ☐ Pueblo Nuevo Solistahuacán
- ☐ Rayón
- ☐ Reforma
- ☐ Las Rosas
- ☐ Sabanilla
- ☐ Salto de Agua
- ☐ San Cristóbal de las Casas
- ☐ San Fernando
- ☐ Siltepec
- ☐ Simojovel
- ☐ Sitalá
- ☐ Socoltenango
- ☐ Solosuchiapa
- ☐ Soyaló
- ☐ Suchiapa
- ☐ Suchiate
- ☐ Sunuapa
- ☐ Tapachula
- ☐ Tapalapa
- ☐ Tapilula
- ☐ Tecpatán
- ☐ Tenejapa
- ☐ Teopisca
- ☐ Tila
- ☐ Tonalá
- ☐ Totolapa
- ☐ La Trinitaria
- ☐ Tumbalá
- ☐ Tuxtla Gutiérrez
- ☐ Tuxtla Chico
- ☐ Tuzantán
- ☐ Tzimol
- ☐ Unión Juárez
- ☐ Venustiano Carranza
- ☐ Villa Corzo
- ☐ Villaflores
- ☐ Yajalón
- ☐ San Lucas
- ☐ Zinacantán
- ☐ San Juan Cancuc
- ☐ Aldama
- ☐ Benemérito de las Américas
- ☐ Maravilla Tenejapa
- ☐ Marqués de Comillas
- ☐ Montecristo de Guerrero
- ☐ San Andrés Duraznal
- ☐ Santiago el Pinar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: WOM_SEP_REF_NAMETO

Required

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



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

Question: WOM_SEP_DIS_DATE

Required

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

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



54. Fecha de egreso/referida/traslado

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

Question: WOM_SEP_DIS_TIME

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	

-1 No registrado



55. Hora de egreso/referida/traslado

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

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



56. Fecha de defunción

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

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

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



57. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: HEMORRHAGE**Contains:** HEM**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)*Anote si se registró lo siguiente para la usuaria con hemorragia.***Collection:** HEM**Contains:** WOM_HEM_CAUSE_, WOM_HEM_CAUSE_OTH_SPEC, WOM_HEM_PROCEDURES_, WOM_HEM_REPOSITION_SED, WOM_HEM_REPOSITION_SURG, WOM_HEM_PROCEDURES_OTH_SPEC, WOM_HEM_BLOODLOSS, WOM_HEM_BLOODLOSS_QUAL, WOM_HEM_TRANS, WOM_HEM_TRANS_NUM, WOM_HEM_MEDICATIONS, WOM_HEM_SPECIAL_EVER, WOM_HEM_SPECIAL_TYPE, WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_HEM_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_HEM_RESULT, WOM_HEM_DISPOSITION, WOM_HEM_RESOLVE_DATE, WOM_HEM_RESOLVE_TIME, WOM_HEM_REF_REASTO, WOM_HEM_REF_ACCOMTO, WOM_HEM_REF_TYPTO, WOM_HEM_REF_MUNICIPTO, WOM_HEM_REF_NAMETO, WOM_HEM_DIS_DATE, WOM_HEM_DIS_TIME, WOM_HEM_DEATH_DATE, WOM_HEM_DEATH_TIME**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una****Custom Layout Question:** WOM_HEM_CHECK

58.

Registrado Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Presión arterial (PA)

 /

Pulso

 por

minuto

Frecuencia cardiaca (fc)

Frecuencia respiratoria (fr)

 por

minuto

Temperatura (T°)

 °C

Estado de conciencia

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Otro (especificar)

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

59.

Registrado Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Tiempo de protrombina (TP)

 segundo

Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)

 segundo

Plaquetas

 x10^3/L

Hemoglobina (Hgb o Hb)

 g/dL

Hematocrito (Hto o Hct)

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Question Block: WOM_HEM_CAUSE_**Contains:** WOM_HEM_CAUSE_ABORT, WOM_HEM_CAUSE_ABORT2, WOM_HEM_CAUSE_ABORT3, WOM_HEM_CAUSE_RETAIN, WOM_HEM_CAUSE_RETAINPART, WOM_HEM_CAUSE_RESTOS, WOM_HEM_CAUSE_PLACENT, WOM_HEM_CAUSE_PREVIA, WOM_HEM_CAUSE_PREVIA2, WOM_HEM_CAUSE_PREMATURE, WOM_HEM_CAUSE_PLACENTA, WOM_HEM_CAUSE RUPTURE, WOM_HEM_CAUSE RUPTUREV, WOM_HEM_CAUSE RUPTUREC, WOM_HEM_CAUSE ATONY, WOM_HEM_CAUSE HIPO, WOM_HEM_CAUSE ECTOPIC, WOM_HEM_CAUSE ECTOPICROTO, WOM_HEM_CAUSE_DESCERV, WOM_HEM_CAUSE_DESCANAL, WOM_HEM_CAUSE_DESVULVO, WOM_HEM_CAUSE_INVERSION, WOM_HEM_CAUSE_OTRO**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

Question: WOM_HEM_CAUSE_OTH_SPEC

Required

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



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

Question Block: WOM_HEM_PROCEDURES_

Contains: WOM_HEM_PROCEDURES_AMEU, WOM_HEM_PROCEDURES_CAVIDAD, WOM_HEM_PROCEDURES_LEGRADO, WOM_HEM_PROCEDURES_CSEC, WOM_HEM_PROCEDURES_HIST, WOM_HEM_PROCEDURES_LAP, WOM_HEM_PROCEDURES_BLYNCH, WOM_HEM_PROCEDURES_SUTUREZ, WOM_HEM_PROCEDURES_SUTURE, WOM_HEM_PROCEDURES_SURG, WOM_HEM_PROCEDURES_DRENAJE, WOM_HEM_PROCEDURES_SALPIN, WOM_HEM_PROCEDURES_MASAJE, WOM_HEM_PROCEDURES_BIMAN, WOM_HEM_PROCEDURES_AORTA, WOM_HEM_PROCEDURES_TAP, WOM_HEM_PROCEDURES_BALON, WOM_HEM_PROCEDURES_MANUAL, WOM_HEM_PROCEDURES_REP, WOM_HEM_PROCEDURES_HYPOART, WOM_HEM_PROCEDURES_UTART, WOM_HEM_PROCEDURES_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



62. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revisión de cavidad uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legrado instrumental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Histerectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparotomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Sutura di B-Lynch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suturas compresivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sutura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reparación quirúrgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drenaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salpingectomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masaje uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compresión bimanual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compresión de la aorta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taponamiento uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Balón hidrostático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción manual (de la placenta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reposición o restitución del útero con técnicas no quirúrgicas (como mainbra de Johnson) o quirúrgicas (como maniobras de Huntington o de Haultani)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligadura de la arteria hipogástrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligadura de la arteria uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: WOM_HEM_REPOSITION_SED

Required

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

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

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


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

Question: WOM_HEM_REPOSITION_SURG

Required

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

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


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

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

Question: WOM_HEM_PROCEDURES_OTH_SPEC

Required


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

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

Question: WOM_HEM_BLOODLOSS

Required

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

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

- ☐ Cantidad de sangre
☐ No registrado

Question: WOM_HEM_BLOODLOSS_QUAL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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



- ☐ Sí
- ☐ No

Question: WOM_HEM_TRANS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

68. ¿La mujer recibió alguna transfusión de sangre?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: WOM_HEM_TRANS_NUM

Required

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

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

69. ¿Cuántos mililitros de sangre recibió la mujer?

- ☐ ml
- ☐ No registrado

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

Custom Layout Question: WOM_HEM_MED



70.

Administrado Dosis

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Oxitocina



Lactato de Ringer



Hartman



Solución salina



Gentamicina



Misoprostol



Metilergonovina



Otro uterotónico (especificar)



Otro medicamento (especificar)



Otro medicamento (especificar)



Otro medicamento (especificar)



Question: WOM_HEM_MEDICATIONS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_HEM_SPECIAL_EVER

Required

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

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

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

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


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

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

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

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


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

 74. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

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


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

 75. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_RESULT**Required**

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

 76. Resultado del embarazo:

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

Question: WOM_HEM_DISPOSITION**Required**

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

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

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

Question: WOM_HEM_RESOLVE_DATE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	

-1 No registrado

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

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

Question: WOM_HEM_RESOLVE_TIME

Required

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

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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_HEM_REF_REASTO

Minimum checks: 1

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

80. Razón por la que fue referida/traslado:

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

Question: WOM_HEM_REF_ACCOMTO

Required

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

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

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

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

Question: WOM_HEM_REF_TYPTETO

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casa de Salud	
2	Centro de Salud con hospitalización	
3	Centro de Salud con Servicios Ampliados	
4	Clínica de Especialidades	
5	Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico	
6	Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos	
7	Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos	
8	Unidad de Especialidades Médicas	
9	Unidad móvil	
10	Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico	
11	Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos	
12	Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos	
13	Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos	
14	Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos	
15	Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos	
16	Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos	
17	Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos	
18	Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos	
19	Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos	
20	Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos	
21	Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos	
22	Hospital especializado	
23	Hospital general	
24	Hospital integral (comunitario)	

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

- ☐ Casa de Salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
- ☐ Unidad de Especialidades Médicas
- ☐ Unidad móvil
- ☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos

- ☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos
- ☐ Hospital especializado
- ☐ Hospital general
- ☐ Hospital integral (comunitario)

Question: WOM_HEM_REF_MUNICIPIO

Required

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

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Acacoyagua	
2	Acala	
3	Acapetahua	
4	Altamirano	
5	Amatán	
6	Amatenango de la Frontera	
7	Amatenango del Valle	
8	Ángel Albino Corzo	
9	Arriaga	
10	Bejucal de Ocampo	
11	Bella Vista	
12	Berriozábal	
13	Bochil	
14	El Bosque	
15	Cacahoatán	
16	Catazajá	
17	Cintalapa	
18	Coapilla	
19	Comitán de Domínguez	
20	La Concordia	
21	Copainalá	
22	Chalchihuitán	
23	Chamula	
24	Chanal	
25	Chapultenango	
26	Chenalhó	
27	Chiapa de Corzo	
28	Chiapilla	
29	Chicoasén	
30	Chicomuselo	
31	Chilón	
32	Escuintla	
33	Francisco León	
34	Frontera Comalapa	
35	Frontera Hidalgo	
36	La Grandeza	
37	Huehuetán	
38	Huixtán	
39	Huitiupán	
40	Huixtla	
41	La Independencia	
42	Ixhuatán	
43	Ixtacomitán	
44	Ixtapa	
45	Ixtapangajoya	
46	Jiquipilas	
47	Jitotol	
48	Juárez	
49	Larráinzar	
50	La Libertad	
51	Mapastepec	
52	Las Margaritas	
53	Mazapa de Madero	
54	Mazatán	
55	Metapa	
56	Mitontic	
57	Motozintla	
58	Nicolás Ruíz	
59	Ocosingo	
60	Ocoatepec	
61	Ocozacoautla de Espinosa	
62	Ostuacán	
63	Osumacinta	
64	Oxchuc	
65	Palenque	
66	Pantelhó	
67	Pantepec	
68	Pichucalco	
69	Pijijiapan	
70	El Porvenir	
71	Villa Comaltitán	
72	Pueblo Nuevo Solistahuacán	
73	Rayón	
74	Reforma	
75	Las Rosas	
76	Sabanilla	
77	Salto de Agua	
78	San Cristóbal de las Casas	
79	San Fernando	
80	Siltepec	
81	Simojovel	

82	Sitalá	
83	Socoltenango	
84	Solosuchiapa	
85	Soyaló	
86	Suchiapa	
87	Suchiate	
88	Sunuapa	
89	Tapachula	
90	Tapalapa	
91	Tapilula	
92	Tecpatán	
93	Tenejapa	
94	Teopisca	
96	Tila	
97	Tonalá	
98	Totolapa	
99	La Trinitaria	
100	Tumbalá	
101	Tuxtla Gutiérrez	
102	Tuxtla Chico	
103	Tuzantán	
104	Tzimol	
105	Unión Juárez	
106	Venustiano Carranza	
107	Villa Corzo	
108	Villaflores	
109	Yajalón	
110	San Lucas	
111	Zinacantán	
112	San Juan Cancuc	
113	Aldama	
114	Benemérito de las Américas	
115	Maravilla Tenejapa	
116	Marqués de Comillas	
117	Montecristo de Guerrero	
118	San Andrés Duraznal	
119	Santiago el Pinar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



83. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Acacoyagua
- ☐ Acala
- ☐ Acapetahua
- ☐ Altamirano
- ☐ Amatán
- ☐ Amatenango de la Frontera
- ☐ Amatenango del Valle
- ☐ Ángel Albino Corzo
- ☐ Arriaga
- ☐ Bejucal de Ocampo
- ☐ Bella Vista
- ☐ Berriozábal
- ☐ Bochil
- ☐ El Bosque
- ☐ Cacahoatán
- ☐ Catatzajá
- ☐ Cintalapa
- ☐ Coapilla
- ☐ Comitán de Domínguez
- ☐ La Concordia
- ☐ Copainalá
- ☐ Chalchihuitán
- ☐ Chamula
- ☐ Chanal
- ☐ Chapultenango
- ☐ Chenalhó
- ☐ Chiapa de Corzo
- ☐ Chiapilla
- ☐ Chicoasén
- ☐ Chicomuselo
- ☐ Chilón
- ☐ Escuintla
- ☐ Francisco León
- ☐ Frontera Comalapa
- ☐ Frontera Hidalgo
- ☐ La Grandeza
- ☐ Huehuetán
- ☐ Huixtán
- ☐ Huitiupán
- ☐ Huixtla
- ☐ La Independencia
- ☐ Ixhuatán
- ☐ Ixtacomitán
- ☐ Ixtapa
- ☐ Ixtapangajoya
- ☐ Jiquipilas

- ☐ Jitolol
 - ☐ Juárez
 - ☐ Larráinzar
 - ☐ La Libertad
 - ☐ Mapastepec
 - ☐ Las Margaritas
 - ☐ Mazapa de Madero
 - ☐ Mazatán
 - ☐ Metapa
 - ☐ Mitontic
 - ☐ Motozintla
 - ☐ Nicolás Ruíz
 - ☐ Ocosingo
 - ☐ Ocotepec
 - ☐ Ocozacoautla de Espinosa
 - ☐ Ostuacán
 - ☐ Osumacinta
 - ☐ Oxchuc
 - ☐ Palenque
 - ☐ Pantelhó
 - ☐ Pantepec
 - ☐ Pichucalco
 - ☐ Pijijiapan
 - ☐ El Porvenir
 - ☐ Villa Comaltitlán
 - ☐ Pueblo Nuevo Solistahuacán
 - ☐ Rayón
 - ☐ Reforma
 - ☐ Las Rosas
 - ☐ Sabanilla
 - ☐ Salto de Agua
 - ☐ San Cristóbal de las Casas
 - ☐ San Fernando
 - ☐ Siltepec
 - ☐ Simojovel
 - ☐ Sitalá
 - ☐ Socoltenango
 - ☐ Solosuchiapa
 - ☐ Soyaló
 - ☐ Suchiapa
 - ☐ Suchiate
 - ☐ Sunuapa
 - ☐ Tapachula
 - ☐ Tapalapa
 - ☐ Tapilula
 - ☐ Tecpatán
 - ☐ Tenejapa
 - ☐ Teopisca
 - ☐ Tila
 - ☐ Tonalá
 - ☐ Totolapa
 - ☐ La Trinitaria
 - ☐ Tumbalá
 - ☐ Tuxtla Gutiérrez
 - ☐ Tuxtla Chico
 - ☐ Tuzantán
 - ☐ Tzimol
 - ☐ Unión Juárez
 - ☐ Venustiano Carranza
 - ☐ Villa Corzo
 - ☐ Villaflores
 - ☐ Yajalón
 - ☐ San Lucas
 - ☐ Zinacantán
 - ☐ San Juan Cancuc
 - ☐ Aldama
 - ☐ Benemérito de las Américas
 - ☐ Maravilla Tenejapa
 - ☐ Marqués de Comillas
 - ☐ Montecristo de Guerrero
 - ☐ San Andrés Duraznal
 - ☐ Santiago el Pinar
 - ☐ No sabe
 - ☐ Se negó a contestar
-

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

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

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

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

85. Fecha de egreso/referida/traslado



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

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

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

86. Hora de egreso/referida/traslado



- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

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

87. Fecha de defunción



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

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

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

88. Hora de defunción



- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

89.



	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"/>
Reflejo rotuliano patelar (ROT)	<input type="checkbox"/>	<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"/>
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 vez para cada una**

Custom Layout Question: WOM_PRE_CHECK2

90.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>		
Reflejo	<input type="checkbox"/>		
Oliguria	<input type="checkbox"/>		
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		

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

Custom Layout Question: WOM_PRE_LAB1

91.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ³ /L		
Aspartato aminotransferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter		
Alanina-aminotransferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter		
Deshidrogenasa láctica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter		
Creatinina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Ácido úrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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: WOM_PRE_LAB2

92.	Registrado	Negativo	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina (proteinuria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/día		
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		


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

Custom Layout Question: WOM_PRE_MED

93.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Solución salina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Lactato de ringer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Hartman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Labetalol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Otro antihipertensivo (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		

Question: WOM_PRE_MEDICATIONS**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: WOM_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	


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

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

Question: WOM_PRE_SPECIAL_TYPE**Required**

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

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


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

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

Question: WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_DATE**Required**

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

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


 97. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: WOM_PRE_CONSULT_SPECIAL_TIME**Required**

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


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

 98. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_RESULT**Required**


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

 99. Resultado del embarazo:

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

Question: WOM_PRE_RESULT_CSECT**Required****Show if:** (WOM_PRE_RESULT = 1:[Cesárea])

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

 100. Especifique el tipo de cesárea

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

Question: WOM_PRE_DISPOSITION**Required**

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

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

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

Question: WOM_PRE_RESOLVE_DATE**Required**


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

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


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

Question: WOM_PRE_RESOLVE_TIME**Required**

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

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


- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_REF_REASTO**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_PRE_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica]) 104. Razón por la que fue referida/traslado

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

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

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

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

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

Question: WOM_PRE_REF_TYPETO

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casa de Salud	
2	Centro de Salud con hospitalización	
3	Centro de Salud con Servicios Ampliados	
4	Clinica de Especialidades	
5	Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico	
6	Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos	
7	Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos	
8	Unidad de Especialidades Médicas	
9	Unidad móvil	
10	Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico	
11	Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos	
12	Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos	
13	Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos	
14	Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos	
15	Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos	
16	Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos	
17	Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos	
18	Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos	
19	Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos	
20	Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos	
21	Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos	
22	Hospital especializado	
23	Hospital general	
24	Hospital integral (comunitario)	

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

- ☐ Casa de Salud
☐ Centro de Salud con hospitalización
☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
☐ Clínica de Especialidades
☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
☐ Unidad de Especialidades Médicas
☐ Unidad móvil
☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos
☐ Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos
☐ Hospital especializado
☐ Hospital general
☐ Hospital integral (comunitario)

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Acacoyagua	
2	Acala	
3	Acapetahua	
4	Altamirano	
5	Amatán	
6	Amatenango de la Frontera	
7	Amatenango del Valle	
8	Ángel Albino Corzo	
9	Arriaga	
10	Bejucal de Ocampo	
11	Bella Vista	
12	Berriozábal	
13	Bochil	
14	El Bosque	
15	Cacahoatán	
16	Catazajá	
17	Cintalapa	
18	Coapilla	
19	Comitán de Domínguez	
20	La Concordia	
21	Copainalá	
22	Chalchihuitán	
23	Chamula	
24	Chenal	
25	Chapultenango	
26	Chenalhó	
27	Chiapa de Corzo	
28	Chiapilla	
29	Chicoasén	
30	Chicomuselo	
31	Chilón	
32	Escuintla	
33	Francisco León	
34	Frontera Comalapa	
35	Frontera Hidalgo	

36	La Grandeza	
37	Huehuetán	
38	Huixtán	
39	Huitiupán	
40	Huixtla	
41	La Independencia	
42	Ixhuitán	
43	Ixtacomitán	
44	Ixtapa	
45	Ixtapangajoya	
46	Jiquipilas	
47	Jitotol	
48	Juárez	
49	Larráinzar	
50	La Libertad	
51	Mapastepec	
52	Las Margaritas	
53	Mazapa de Madero	
54	Mazatán	
55	Metapa	
56	Mitontic	
57	Motuzintla	
58	Nicolás Ruiz	
59	Ocosingo	
60	Ocoatepec	
61	Ocozacoautla de Espinosa	
62	Ostuacán	
63	Osumacinta	
64	Oxchuc	
65	Palenque	
66	Pantelhó	
67	Pantepec	
68	Pichucalco	
69	Pijijiapan	
70	El Porvenir	
71	Villa Comaltitlán	
72	Pueblo Nuevo Solistahuacán	
73	Rayón	
74	Reforma	
75	Las Rosas	
76	Sabanilla	
77	Salto de Agua	
78	San Cristóbal de las Casas	
79	San Fernando	
80	Siltepec	
81	Simojovel	
82	Sitalá	
83	Socoltenango	
84	Solosuchiapa	
85	Soyaló	
86	Suchiapa	
87	Suchiate	
88	Sunuapa	
89	Tapachula	
90	Tapalapa	
91	Tapilula	
92	Tecpatán	
93	Tenejapa	
94	Teopisca	
96	Tila	
97	Tonalá	
98	Totolapa	
99	La Trinitaria	
100	Tumbalá	
101	Tuxtla Gutiérrez	
102	Tuxtla Chico	
103	Tuzantán	
104	Tzimol	
105	Unión Juárez	
106	Venustiano Carranza	
107	Villa Corzo	
108	Villaflores	
109	Yajalón	
110	San Lucas	
111	Zinacantan	
112	San Juan Cancuc	
113	Aldama	
114	Benemérito de las Américas	
115	Maravilla Tenejapa	
116	Marqués de Comillas	
117	Montecristo de Guerrero	
118	San Andrés Duraznal	
119	Santiago el Pinar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



107. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Acacoyagua
- ☐ Acala
- ☐ Acapetahua
- ☐ Altamirano
- ☐ Amatán
- ☐ Amatenango de la Frontera
- ☐ Amatenango del Valle
- ☐ Ángel Albino Corzo
- ☐ Arriaga
- ☐ Bejuical de Ocampo
- ☐ Bella Vista
- ☐ Berriozábal

- ☐ Bochil
- ☐ El Bosque
- ☐ Cacahoatán
- ☐ Catazajá
- ☐ Cintalapa
- ☐ Coapilla
- ☐ Comitán de Domínguez
- ☐ La Concordia
- ☐ Copainalá
- ☐ Chalchihuitán
- ☐ Chamula
- ☐ Chanal
- ☐ Chapultenango
- ☐ Chenalhó
- ☐ Chiapa de Corzo
- ☐ Chiapilla
- ☐ Chicoasén
- ☐ Chicomuselo
- ☐ Chilón
- ☐ Escuintla
- ☐ Francisco León
- ☐ Frontera Comalapa
- ☐ Frontera Hidalgo
- ☐ La Grandeza
- ☐ Huehuetán
- ☐ Huixtán
- ☐ Huitiupán
- ☐ Huixtla
- ☐ La Independencia
- ☐ Ixhuatán
- ☐ Ixtacomitán
- ☐ Ixtapa
- ☐ Ixtapangajoyá
- ☐ Jiquipilas
- ☐ Jitolol
- ☐ Juárez
- ☐ Larráinzar
- ☐ La Libertad
- ☐ Mapastepec
- ☐ Las Margaritas
- ☐ Mazapa de Madero
- ☐ Mazatán
- ☐ Metapa
- ☐ Mitontic
- ☐ Motozintla
- ☐ Nicolás Ruíz
- ☐ Ocosingo
- ☐ Ocotepec
- ☐ Ocozocoautla de Espinosa
- ☐ Ostucán
- ☐ Osumacinta
- ☐ Oxchuc
- ☐ Palenque
- ☐ Pantelhó
- ☐ Pantepec
- ☐ Pichucalco
- ☐ Pijijiapan
- ☐ El Porvenir
- ☐ Villa Comaltitlán
- ☐ Pueblo Nuevo Solistahuacán
- ☐ Rayón
- ☐ Reforma
- ☐ Las Rosas
- ☐ Sabanilla
- ☐ Salto de Agua
- ☐ San Cristóbal de las Casas
- ☐ San Fernando
- ☐ Siltepec
- ☐ Simojovel
- ☐ Sitalá
- ☐ Socoltenango
- ☐ Solosuchiapa
- ☐ Soyaló
- ☐ Suchiapa
- ☐ Suchiate

- ☐ Sunuapa
- ☐ Tapachula
- ☐ Tapalapa
- ☐ Tapilula
- ☐ Tecpatán
- ☐ Tenejapa
- ☐ Teopisca
- ☐ Tila
- ☐ Tonalá
- ☐ Totolapa
- ☐ La Trinitaria
- ☐ Tumbalá
- ☐ Tuxtla Gutiérrez
- ☐ Tuxtla Chico
- ☐ Tuzantán
- ☐ Tzimol
- ☐ Unión Juárez
- ☐ Venustiano Carranza
- ☐ Villa Corzo
- ☐ Villaflores
- ☐ Yajalón
- ☐ San Lucas
- ☐ Zinacantán
- ☐ San Juan Cancuc
- ☐ Aldama
- ☐ Benemérito de las Américas
- ☐ Maravilla Tenejapa
- ☐ Marqués de Comillas
- ☐ Montecristo de Guerrero
- ☐ San Andrés Duraznal
- ☐ Santiago el Pinar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar

Question: WOM_PRE_REF_NAMETO

Required

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

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

Question: WOM_PRE_DIS_DATE

Required

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

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

109. Fecha de egreso/referida/traslado

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

Question: WOM_PRE_DIS_TIME

Required

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

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

110. Hora de egreso/referida/traslado

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_PRE_DEATH_DATE

Required

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

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

111. Fecha de defunción

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

Question: WOM_PRE_DEATH_TIME

Required

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

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



112. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: ECLAMPسيا**Contains:** WOM_ECL_ADM_DATE, WOM_ECL_ADM_TIME, WOM_ECL_GESTAGE, WOM_ECL_BABYCOMPL, ECL**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

Indique si los siguientes fueron registrados para usuarias con eclampsia.

Question: WOM_ECL_ADM_DATE**Required**

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



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

Fecha de admisión

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

Question: WOM_ECL_ADM_TIME**Required**

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



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

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_GESTAGE**Required**

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



115. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: WOM_ECL_BABYCOMPL**Minimum checks:** 1

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

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

Collection: ECL**Contains:** WOM_ECL_CHECK_BP_110, WOM_ECL_MEDICATIONS, WOM_ECL_SPECIAL_EVER, WOM_ECL_SPECIAL_TYPE, WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_DATE, WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_TIME, WOM_ECL_RESULT, WOM_ECL_RESULT_CSECT, WOM_ECL_DISPOSITION, WOM_ECL_RESOLVE_DATE, WOM_ECL_RESOLVE_TIME, WOM_ECL_REF_REASTO, WOM_ECL_REF_ACCOMTO, WOM_ECL_REF_TYPTETO, WOM_ECL_REF_MUNICIPTO, WOM_ECL_REF_NAMETO, WOM_ECL_DIS_DATE, WOM_ECL_DIS_TIME, WOM_ECL_DEATH_DATE, WOM_ECL_DEATH_TIME**Show if:** (MRR_WOM_DEL_COMP is-any-of)

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


Custom Layout Question: WOM_ECL_CHECK1

117.

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

Question: WOM_ECL_CHECK_BP_110**Required**

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

 118. La presión arterial diastólica supero en cualquier momento 110?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_CHECK2

	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
119. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_LAB1

	Registrado	Valor		Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
120. Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 ^{^3} /L			
Aspartato aminotransferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanina-aminotransferasa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deshidrogenasa láctica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creatinina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ácido úrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO o GOT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP o GPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_LAB2

	Registrado	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
121. Proteína en orina (proteinuria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			g/día		
Otro (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: WOM_ECL_MED

	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
122. Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solución salina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato de ringer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hartman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Labetalol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro medicamento (especificar)					
Otro medicamento (especificar)					
Otro medicamento (especificar)					

Question: WOM_ECL_MEDICATIONS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

- ☐ Sí
☐ No

Question: WOM_ECL_SPECIAL_EVER

Required

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



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

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

Question: WOM_ECL_SPECIAL_TYPE

Required

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

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



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

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

Question: WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_DATE

Required

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

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



126. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: WOM_ECL_CONSULT_SPECIAL_TIME

Required

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

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



127. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_ECL_RESULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	

995	Otro	
-1	No registrado	



128. Resultado del embarazo:

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

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

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



129. Especifique el tipo de cesárea

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

Question: WOM_ECL_DISPOSITION**Required**

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



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

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

Question: WOM_ECL_RESOLVE_DATE**Required**

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



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

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

Question: WOM_ECL_RESOLVE_TIME**Required**

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



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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

133. Razón por la que fue referida/traslado

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

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

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

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



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

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casa de Salud	
2	Centro de Salud con hospitalización	
3	Centro de Salud con Servicios Ampliados	
4	Clínica de Especialidades	
5	Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico	
6	Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos	
7	Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos	
8	Unidad de Especialidades Médicas	
9	Unidad móvil	
10	Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico	
11	Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos	
12	Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos	
13	Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos	
14	Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos	
15	Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos	
16	Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos	
17	Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos	
18	Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos	
19	Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos	
20	Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos	
21	Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos	
22	Hospital especializado	
23	Hospital general	
24	Hospital integral (comunitario)	



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

- ☐ Casa de Salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
- ☐ Unidad de Especialidades Médicas
- ☐ Unidad móvil
- ☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos
- ☐ Hospital especializado
- ☐ Hospital general
- ☐ Hospital integral (comunitario)

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Acacoyagua	
2	Acala	
3	Acapetahua	
4	Altamirano	
5	Amatán	
6	Amatenango de la Frontera	
7	Amatenango del Valle	
8	Ángel Albino Corzo	
9	Arriaga	
10	Bejucal de Ocampo	
11	Bella Vista	
12	Berriozábal	
13	Bochil	
14	El Bosque	
15	Cacahoatán	
16	Catazajá	
17	Cintalapa	
18	Coapilla	
19	Comitán de Domínguez	
20	La Concordia	
21	Copainalá	
22	Chalchihuitán	
23	Chamula	

24	Chanal	
25	Chapultenango	
26	Chenalhó	
27	Chiapa de Corzo	
28	Chiapilla	
29	Chicoasén	
30	Chicomuselo	
31	Chilón	
32	Escuintla	
33	Francisco León	
34	Frontera Comalapa	
35	Frontera Hidalgo	
36	La Grandeza	
37	Huehuetán	
38	Huixtán	
39	Huitupán	
40	Huixtla	
41	La Independencia	
42	Ixhuitán	
43	Ixtacomitán	
44	Ixtapa	
45	Ixtapangajoya	
46	Jiquipilas	
47	Jitotol	
48	Juárez	
49	Larráinzar	
50	La Libertad	
51	Mapastepec	
52	Las Margaritas	
53	Mazapa de Madero	
54	Mazatán	
55	Metapa	
56	Mitontic	
57	Motuzintla	
58	Nicolás Ruiz	
59	Ocosingo	
60	Ocoatepec	
61	Ocozacoautla de Espinosa	
62	Ostuacán	
63	Osumacinta	
64	Oxchuc	
65	Palenque	
66	Pantelhó	
67	Pantepec	
68	Pichucalco	
69	Pijijiapan	
70	El Porvenir	
71	Villa Comaltitlán	
72	Pueblo Nuevo Solistahuacán	
73	Rayón	
74	Reforma	
75	Las Rosas	
76	Sabanilla	
77	Salto de Agua	
78	San Cristóbal de las Casas	
79	San Fernando	
80	Siltepec	
81	Simojovel	
82	Sitalá	
83	Socotlenango	
84	Solosuchiapa	
85	Soyaló	
86	Suchiapa	
87	Suchiate	
88	Sunuapa	
89	Tapachula	
90	Tapalapa	
91	Tapilula	
92	Tecpatán	
93	Tenejapa	
94	Teopisca	
96	Tila	
97	Tonalá	
98	Totolapa	
99	La Trinitaria	
100	Tumbalá	
101	Tuxtla Gutiérrez	
102	Tuxtla Chico	
103	Tuzantán	
104	Tzimol	
105	Unión Juárez	
106	Venustiano Carranza	
107	Villa Corzo	
108	Villaflores	
109	Yajalón	
110	San Lucas	
111	Zinacantán	
112	San Juan Cancuc	
113	Aldama	
114	Benemérito de las Américas	
115	Maravilla Tenejapa	
116	Marqués de Comillas	
117	Montecristo de Guerrero	
118	San Andrés Duraznal	
119	Santiago el Pinar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



136. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Acacoyagua
- ☐ Acala
- ☐ Acapetahua
- ☐ Altamirano

- ☐
- ☐ Amatán
- ☐ Amatenango de la Frontera
- ☐ Amatenango del Valle
- ☐ Ángel Albino Corzo
- ☐ Arriaga
- ☐ Bejucal de Ocampo
- ☐ Bella Vista
- ☐ Berriozábal
- ☐ Bochil
- ☐ El Bosque
- ☐ Cacahoatán
- ☐ Catazajá
- ☐ Cintalapa
- ☐ Coapilla
- ☐ Comitán de Domínguez
- ☐ La Concordia
- ☐ Copainalá
- ☐ Chalchihuitán
- ☐ Chamula
- ☐ Chanal
- ☐ Chapultenango
- ☐ Chenalhó
- ☐ Chiapa de Corzo
- ☐ Chiapilla
- ☐ Chicoasén
- ☐ Chicomuselo
- ☐ Chilón
- ☐ Escuintla
- ☐ Francisco León
- ☐ Frontera Comalapa
- ☐ Frontera Hidalgo
- ☐ La Grandeza
- ☐ Huehuetán
- ☐ Huixtán
- ☐ Huitiupán
- ☐ Huixtla
- ☐ La Independencia
- ☐ Ixhuatán
- ☐ Ixtacomitán
- ☐ Ixtapa
- ☐ Ixtapangajoyá
- ☐ Jiquipilas
- ☐ Jitolol
- ☐ Juárez
- ☐ Larráinzar
- ☐ La Libertad
- ☐ Mapastepec
- ☐ Las Margaritas
- ☐ Mazapa de Madero
- ☐ Mazatán
- ☐ Metapa
- ☐ Mitontic
- ☐ Motozintla
- ☐ Nicolás Ruíz
- ☐ Ocosingo
- ☐ Ocotepec
- ☐ Ocozacoautla de Espinosa
- ☐ Ostucán
- ☐ Osumacinta
- ☐ Oxchuc
- ☐ Palenque
- ☐ Pantelhó
- ☐ Pantepec
- ☐ Pichucalco
- ☐ Pijijiapan
- ☐ El Porvenir
- ☐ Villa Comaltitlán
- ☐ Pueblo Nuevo Solistahuacán
- ☐ Rayón
- ☐ Reforma
- ☐ Las Rosas
- ☐ Sabanilla
- ☐ Salto de Agua
- ☐ San Cristóbal de las Casas

- ☐ San Fernando
☐ Siltepec
☐ Simojovel
☐ Sitalá
☐ Socoltenango
☐ Solosuchiapa
☐ Soyaló
☐ Suchiapa
☐ Suchiate
☐ Sunuapa
☐ Tapachula
☐ Tapalapa
☐ Tapilula
☐ Tecpatán
☐ Tenejapa
☐ Teopisca
☐ Tila
☐ Tonalá
☐ Totolapa
☐ La Trinitaria
☐ Tumbalá
☐ Tuxtla Gutiérrez
☐ Tuxtla Chico
☐ Tuzantán
☐ Tzimol
☐ Unión Juárez
☐ Venustiano Carranza
☐ Villa Corzo
☐ Villaflores
☐ Yajalón
☐ San Lucas
☐ Zinacantán
☐ San Juan Cancuc
☐ Aldama
☐ Benemérito de las Américas
☐ Maravilla Tenejapa
☐ Marqués de Comillas
☐ Montecristo de Guerrero
☐ San Andrés Duraznal
☐ Santiago el Pinar
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Question: WOM_ECL_REF_NAMETO

Required

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



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

Question: WOM_ECL_DIS_DATE

Required

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

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



138. Fecha de egreso/referida/traslado

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

Question: WOM_ECL_DIS_TIME

Required

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

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



139. Hora de egreso/referida/traslado

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_ECL_DEATH_DATE

Required

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

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

140. Fecha de defunción



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

Question: WOM_ECL_DEATH_TIME

Required

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

Scale Summary

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



141. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

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

Question: COMMENT_COMPL_MATERNA



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

Usted ha llegado al final de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat