



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: LOG_IN
Contains: FACILITY_ID, FAC_ID, FAC_TYPE, DATE, INTERVW_ID1, INTERVW_ID2

Question: FACILITY_ID

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

Category	Percentage
1	45%
2	55%
3	48%
4	52%
5	40%
6	42%
7	58%
8	45%
9	40%
10	48%
11	55%
12	65%
13	50%
14	52%
15	45%
16	40%
17	45%
18	48%
19	50%
20	55%
21	60%
22	45%
23	48%
24	50%
25	52%
26	55%
27	58%
28	60%
29	62%
30	65%
31	68%
32	70%
33	72%
34	75%
35	78%
36	80%
37	82%
38	85%
39	88%
40	90%
41	92%
42	95%
43	98%
44	100%

1. Identificación del centro:

-
- | Age Group | Percentage of Respondents |
|-----------|---------------------------|
| 18-29 | 85% |
| 30-49 | 75% |
| 50-64 | 65% |
| 65+ | 55% |



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

Question: FAC_ID
Show if: (FACILITY_ID = 99:[Otro])

2. Identificación del centro:

Question: FAC_TYPE
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)	

3. Primera quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿Qué tipo de unidad médica es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ 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: DATE
Required

4. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: INTERVW_ID1
Required

5. Identificación 1 del entrevistador

Question: INTERVW_ID2

6. Identificación 2 del entrevistador

Collection: CHECKLIST**Contains:** SELECTION_AREA, SURVEY_SUBMIT, ANTENATAL_POSTNATAL_CARE, DELIVERY_ROOM, EMERGENCY_CARE, FAMILY_PLANNING, CHILD_HEALTH_SERVICES, VACCINATION, COLD_CHAIN, DIAGNOSTIC_IMAGING, BIO_HAZARD, PHARMACY, LAB_SERVICES, GENERAL_CONDITIONS, JUMPS, COMMENTS**Lista de verificación de observación**

Una vez terminada la entrevista a el(la) responsable de la unidad de salud, solicítele iniciar la visita a la unidad de salud acompañado del responsable o la persona que él(ella) designe.

Question: SELECTION_AREA**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Consultorios de atención prenatal y postnatal	
2	Sala de expulsión	(FAC_TYPE 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)])
3	Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)	(FAC_TYPE 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)])
4	Área de planificación familiar	
5	Área de atención a niños	
6	Área de vacunas	
7	Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)	
8	Área de diagnóstico por imágenes (ecografía Doppler para detección de latidos fetales, rayos x, equipo de ultrasonido, equipo portátil de ultrasonido)	
9	Área de disposición de residuos biológico infecciosos	
10	Farmacia	
11	Laboratorio	
12	Condiciones generales de la unidad	
13	Al final de la encuesta	

7. Seleccione el área en la que llevará a cabo la observación:

- ☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal
- ☐ Sala de expulsión
- ☐ Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)
- ☐ Área de planificación familiar
- ☐ Área de atención a niños
- ☐ Área de vacunas
- ☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
- ☐ Área de diagnóstico por imágenes (ecografía Doppler para detección de latidos fetales, rayos x, equipo de ultrasonido, equipo portátil de ultrasonido)
- ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos
- ☐ Farmacia
- ☐ Laboratorio
- ☐ Condiciones generales de la unidad
- ☐ Al final de la encuesta

Question: SURVEY_SUBMIT**Required****Show if:** (SELECTION_AREA = 13:[Al final de la encuesta])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

8. ¿Está usted seguro de que quiere enviar esta encuesta?

- ☐ Sí
- ☐ No

Jump-To: JUMP_SELECTION**Description:****Jump-To-Item:** SELECTION_AREA**Jump-If:** (SURVEY_SUBMIT = 0:[No]) and (SELECTION_AREA = 13:[Al final de la encuesta])**Collection:** ANTENATAL_POSTNATAL_CARE**Contains:** CL_ANPST_RM, COL_ANC**Show if:** (SELECTION_AREA = 1:[Consultorios de atención prenatal y postnatal]) or (TRASH = 1:[show all folders])**Atención prenatal y post-natal****Question:** CL_ANPST_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Area o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Area o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Area con privacidad visual únicamente	
0	Area no privada	

995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

9. Solicite ver las áreas o consultorios en los que se da la atención prenatal y postnatal.

Características de las áreas físicas:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Area o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
☐ Area o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Area con privacidad visual únicamente
☐ Area no privada
☐ Otro
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

Collection: COL_ANC

Contains: AVAIL_PRO_1, AVAIL_PRO_2, CLN_ANC_DOC, CLN_PNC_DOC, ANC_IMAGING, ANC_IMAGING_1_FUNC

Show if: (CL_ANPST_RM is-any-of 1:[Area o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Area o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Area con privacidad visual únicamente] or 0:[Area no privada] or 995:[Otro])

Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT1

10.	Observado	Total observados	Total funcionando
Báscula o balanza de pie	<input type="checkbox"/>		
Balanza de pie con tallímetro/estadímetro	<input type="checkbox"/>		
Estadímetro	<input type="checkbox"/>		
Mesa (cama) para exploración ginecológica	<input type="checkbox"/>		
Cinta obstétrica del CLAP o cinta métrica	<input type="checkbox"/>		
Lámpara de chicote o lámpara de cuello de cisne o lámpara de mano	<input type="checkbox"/>		
Baumanómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>		
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/>		

Custom Layout Question: C_ANC_INPUT2

11.	Observado
Historia clínica materno perinatal	<input type="checkbox"/>
Carnet o tarjeta materno perinatal / Tarjeta de control	<input type="checkbox"/>

Question Block: AVAIL_PRO_1

Contains: AVAIL_PRO_1_1, AVAIL_PRO_1_2, AVAIL_PRO_1_3, AVAIL_PRO_1_4

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

12. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Normas nacionales, lineamientos o protocolos de planificación familiar o servicios de salud reproductiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos de atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos de atención post-natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre consejería en nutrición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: AVAIL_PRO_2

Contains: AVAIL_PRO_2_1, AVAIL_PRO_2_2

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

13. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos.

Los siguientes materiales deben estar colocados en la pared o en

un lugar visible.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Materiales visuales para educación sobre embarazo y atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: CLN_ANC_DOC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

14. Solicite ver los registros de mujeres en atención prenatal (Concentrados para SIS, o tarjetero de control)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Question: CLN_PNC_DOC
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

15. Solicite ver los registros de mujeres en atención postparto (Concentrados para SIS o tarjetero de control o registros de SAEH)

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Question Block: ANC_IMAGING

Contains: ANC_IMAGING_1_1, ANC_IMAGING_1_4

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	

16. Por favor anote la disponibilidad y número del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)

	Observado, número:	No observado	Se niega a mostrar
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: ANC_IMAGING_1_FUNC

Contains: ANC_IMAGING_1_FUNC_1, ANC_IMAGING_1_FUNC_4

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, funciona	
0	No funciona	
-1	No sabe	

17. Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)

	Sí, funciona	No funciona	No sabe
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: DELIVERY_ROOM

Contains: CL_DEL_RM, COL_DEL

Show if: (FAC_TYPE 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)]) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 2:[Sala de expulsión]))

Sala de expulsión o nacimiento

Question: CL_DEL_RM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

18. Solicite ver la sala de expulsión o lugar donde atiende los nacimientos.

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Área con privacidad visual únicamente
☐ Área no privada
☐ Otro
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

Collection: COL_DEL

Contains: CL_DEL_SABAG, DEL_ROOM_INDIG_POP, DEL_ROOM_BED, HEM_UTR_BLN, HEM_UTR_BLN_CHECK

Show if: (CL_DEL_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])

Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:

Custom Layout Question: C_DEL_INPUT1

19.

	Observado (si/no)	Total observados	Total funcionando
Equipo p/ suero c/ macrogotero y microgotero	<input type="checkbox"/>		
Campos estériles para recibir al recién nacido	<input type="checkbox"/>		
Cobija de recién nacido	<input type="checkbox"/>		
Sonda Nasogástrica	<input type="checkbox"/>		
Sonda de alimentación neonatal (FR5 a FR8)	<input type="checkbox"/>		

Custom Layout Question: C_DEL_INPUT2

20.

	Observado (si/no)
Catéter Intravenoso Estéril N° 18	<input type="checkbox"/>
Pinza metálica o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_DEL_INPUT3

21.

	Observado	Total observados	Total funcionando
Equipo para suero con micro gotero	<input type="checkbox"/>		
Equipo para suero con normo gotero	<input type="checkbox"/>		

Question: CL_DEL_SABAG
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
-2	Se negó a mostrar	

22. Pida ver el bulto (maleta o bolso) para partos de emergencia en el establecimiento.

- ☐ Observados
☐ No se observó
☐ Se negó a mostrar

Question: DEL_ROOM_INDIG_POP
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

23. Sala de expulsión o nacimiento culturalmente adaptada para población indígena

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Question: DEL_ROOM_BED
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

24. Cama para parto en posición vertical en sala de nacimiento culturalmente adaptada

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrar

Question: HEM_UTR_BLN
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Balón de taponamiento uterino (producido comercialmente)	
2	Kit para el taponamiento uterino (producido comercialmente)	
3	Kit para el taponamiento uterino (ensamblado por la unidad de salud)	
995	Otro (especificar)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

25. Por favor verifique la existencia de un balón de taponamiento uterino en la sala de parto (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Balón de taponamiento uterino (producido comercialmente)
☐ Kit para el taponamiento uterino (producido comercialmente)
☐ Kit para el taponamiento uterino (ensamblado por la unidad de salud)
☐ Otro (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: HEM_UTR_BLN_CHECK

Minimum checks: 1

Show if: (HEM_UTR_BLN = 1:[Balón de taponamiento uterino (producido comercialmente)]) or (HEM_UTR_BLN = 2:[Kit para el taponamiento uterino (producido comercialmente)]) or (HEM_UTR_BLN = 3:[Kit para el taponamiento uterino (ensamblado por la unidad de salud)])

26. Verifique si estos materiales están listos para ensamblar y colocar un dispositivo de taponamiento uterino:

- ☐ Condón
☐ Catéter

- ☐ Jeringuilla
- ☐ Guantes
- ☐ Bolsa de infusión intravenosa con solución salina
- ☐ Conjunto IV
- ☐ Pinzas de 2 anillos
- ☐ Tijeras
- ☐ Espéculo de Sims
- ☐ Sutura
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Collection: EMERGENCY_CARE
Contains: CL_EM_RM, COL_EMER
Show if: (FAC_TYPE 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)]) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 3:[Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)]))

Sala de atención de emergencias

Question: CL_EM_RM
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Area no privada	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

27. Solicite ver la sala emergencias
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)
- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
 - ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
 - ☐ Área con privacidad visual únicamente
 - ☐ Area no privada
 - ☐ No se dan estos servicios
 - ☐ Rechazó mostrar

Collection: COL_EMER
Contains: **Show if:** (CL_EM_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Area no privada])

Anote la existencia, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_1

28.	Observado	Total observados	Total funcionando
Baumanómetro/esfigmomanómetro/tensiómetro/aparato para medición de presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autoclave	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Instalación de tomas de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimación para adulto (Ambu de adulto®)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal (Ambu neonatal®)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laringoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para AMEU	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kit de legrado uterino instrumental	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Máquina de anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo para bloqueo epidural	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote la existencia, condición y número de los siguientes equipos e insumos:

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_2

29.	Observado	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: C_EMG_INPUT_4

30.	Observado	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio de pinard	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Collection: FAMILY_PLANNING
Contains: CL_FP_RM, COL_FP
Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 4:[Área de planificación familiar])

Área de Planificación familiar

Question: CL_FP_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

31. Pida ver el lugar donde se proporciona la asesoría para planificación familiar y anote lo siguiente. (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
☐ Área con privacidad visual únicamente
☐ Área no privada
☐ Otro
☐ No se dan estos servicios
☐ Rechazó mostrar

Collection: COL_FP**Contains:** CONTRA_AV, CONTRA_STORE, KARDEX_FP, CONTRA_SUP_TM1, FP_AV_REG, FP_TALKS, AVAIL_PRO, FP_MATERIALS, MAT_FAMPLAN

Show if: (CL_FP_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])

Question: CONTRA_AV**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, en el área de planificación familiar	
2	Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.	
3	Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.	
0	No	
-1	No sabe	

32. Por favor verifique la existencia de métodos anticonceptivos en esta unidad médica (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, en el área de planificación familiar
☐ Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.
☐ Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.
☐ No
☐ No sabe

Question: CONTRA_STORE**Required**

Show if: (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])

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

33. Por favor verifique si los métodos anticonceptivos están guardados o almacenados en el mismo lugar que otros medicamentos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

Anote la existencia de los siguientes insumos:

Custom Layout Question: C_FP_INPUT2

34.	Observado
Condón masculino	<input type="checkbox"/>
Condón femenino	<input type="checkbox"/>
Pastillas combinadas	<input type="checkbox"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="checkbox"/>
Injectables combinados (con estrógenos) (1 mes)	<input type="checkbox"/>
Injectables con solamente progestina (2 o 3 meses) (por ejemplo, Microgynon)	<input type="checkbox"/>
Píldoras anticonceptivas de emergencia	<input type="checkbox"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/>
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	<input type="checkbox"/>
Espermicidas	<input type="checkbox"/>
Diafragma	<input type="checkbox"/>
Otras (especifique): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_FP_INPUT1_BC

35. Observado (si/no) Total observados

Kit para inserción de DIU ☐

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3

36.

	Observado	Total observados
Espéculo vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pinza de Pozzi o tentáculo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pinza Forester o de anillos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

Question Block: KARDEX_FP

Contains: KARDEX_FP_OCP, KARDEX_FP_OCPPROG, KARDEX_FP_INJPROG, KARDEX_FP_INJ, KARDEX_FP_MCON, KARDEX_FP_IUDDEVICE, KARDEX_FP_IMPL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	

37. Verifique los siguientes kardex u otro registro:

	Kardex observado	Kardex no observado
Pastillas combinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pastillas con solamente progestina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables con solamente progestina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables combinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispositivo intrauterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante anticonceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_5

38.

	Condón masculino
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_1

39.

	Pastillas con solamente progestina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_2

40.

	Pastillas combinadas
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_3

41.

	Inyectables con solamente progestina
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_4

42.

	Inyectables combinados
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_6

43.

	Dispositivo intrauterino
Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_FP_INPUT3_7

44. Implante anticonceptivo

Se quedó sin ellos en el último mes (sí/no) ☐ ☒Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (sí/no) ☐ ☒Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (sí/no) ☐ ☒**Question:** CONTRA_SUP_TM1**Required****Show if:** (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Dentro de las 4 semanas anteriores	
2	Entre 4 y 12 semanas	
3	Hace más de 12 semanas	
0	No existe un sistema de abasto rutinario	
-1	No sabe	

45. Por favor verifique cuándo fue la última vez que esta unidad médica recibió anticonceptivos, independientemente de que haya sido solicitado por la unidad médica o que hayan llegado como parte de un sistema rutinario de abasto

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Dentro de las 4 semanas anteriores
- ☐ Entre 4 y 12 semanas
- ☐ Hace más de 12 semanas
- ☐ No existe un sistema de abasto rutinario
- ☐ No sabe

Question: FP_AV_REG**Required****Show if:** (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observada	
0	No observada	
995	Otra, especifique:	
-1	Se negó a mostrar	

46. Si está disponible, pida ver los registros de la información acerca de las pláticas de planificación familiar otorgadas.

- ☐ Observada
- ☐ No observada
- ☐ Otra, especifique:
- ☐ Se negó a mostrar

Question: FP_TALKS**Required****Show if:** (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, número de días:	
0	No se ofrece el servicio fuera de la unidad médica	
-1	No sabe	
-2	No responde	

47. Por favor pregunte sobre el registro de los servicios de planificación familiar que se ofrecen fuera de la unidad médica y verifique cuántos días en los últimos tres meses se ofrecen este tipo de servicios fuera de la unidad médica.

(CONVIERTA SEMANAS Y MESES A DÍAS)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, número de días:
- ☐ No se ofrece el servicio fuera de la unidad médica
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

Question Block: AVAIL_PRO**Contains:** FAMILY_PLANNING_1, FAMILY_PLANNING_2, FAMILY_PLANNING_3**Required****Show if:** (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observada	
0	No observada	
-1	Se negó a mostrar	

48. Por favor verifique la disponibilidad de materiales de enseñanza y protocolos

(ANOTE UNA OPCIÓN PARA CADA PREGUNTA)

	Observada	No observada	Se negó a mostrar
Alguna guía o protocolo para planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guía para atención de personas con datos sugerentes de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos para diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: FP_MATERIALS**Contains:** FP_MATERIALS_1, FP_MATERIALS_2, FP_MATERIALS_3, FP_MATERIALS_4, FP_MATERIALS_5, FP_MATERIALS_6, FP_MATERIALS_7**Required****Show if:** (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado en español	
2	Observado en la lengua indígena	
3	Observado en español y la lengua indígena	
0	No observado	
-1	Se negó a mostrar	

49. Por favor pida que le muestren los siguientes tipos de folletos informativos o folletos para llevar a casa en la lengua indígena y español

	Observado en español	Observado en la lengua indígena	Observado en español y la lengua indígena	No observado	Se negó a mostrar
Materiales impresos sobre higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre nutrición y alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre signos y síntomas de alarma en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre planificación familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre información general sobre Infecciones de Transmisión Sexual o VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: MAT_FAMPLAN

Minimum checks: 1

Show if: (CONTRA_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad médica, pero no en el área de planificación familiar.] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.])

50. ¿Cuáles de los siguientes materiales sobre planificación familiar están disponibles?

- ☐ Folletos sobre planificación familiar para pacientes
- ☐ Carteles sobre planificación familiar
- ☐ Folletos sobre planificación familiar para el personal
- ☐ Manuales sobre planificación familiar para el personal
- ☐ Tablas de rotafolio sobre planificación familiar
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Collection: CHILD_HEALTH_SERVICES

Contains: CL_CHILD_RM, COL_CHLD

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 5:[Área de atención a niños])

Área o Sala de atención para niños

Question: CL_CHILD_RM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

51. Solicite ver la sala de atención para niños y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva
- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

Collection: COL_CHLD

Contains: CH_MATERIALS_1, REG_CHL_SER

Show if: (CL_CHILD_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])

Indique la disponibilidad y funcionamiento de los siguientes insumos y equipos:

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT

52.

	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza o Báscula pediátrica	<input type="checkbox"/>		
Báscula tipo Salter o tipo calzón	<input type="checkbox"/>		
Báscula o Balanza de pie para niños / Báscula de piso	<input type="checkbox"/>		
Báscula con estadímetro	<input type="checkbox"/>		
Tallímetro o Estadímetro	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>		

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT1_BC

53. Observado Total observados Total funcionando

Tensiómetro/baumanometro pediátrico ☐

Negatoscopio ☐

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT2_AMB

54. Observado

Termómetro oral ☐

Termómetro axilar ☐

Termómetro digital ☐

Custom Layout Question: C_CLD_INPUT2_BC

55. Observado

Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo . ☐

Cartilla Nacional de Salud (cualquier edad) ☐

Cartilla Nacional de Salud de 0 a 9 años ☐

Cartilla Nacional de Vacunación ☐

Question Block: CH_MATERIALS_1

Contains: CH_MATERIALS_1_1, CH_MATERIALS_1_2

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	

56. Por favor revise que los siguientes materiales estén colocados en la pared o en algún lugar visible

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Materiales impresos sobre signos y síntomas de riesgo en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: REG_CHL_SER

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

57. Si está disponible, pida ver los registros donde es anotada la información del servicio de atención a niños (Concentrados para SIS o tarjetero de control del niño y del adolescente por ejemplo).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

☐ Observado

☐ No observado

☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

Collection: VACCINATION

Contains: CL_IMM_RM, COL_VACC

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 6:[Área de vacunas])

Área o cuarto de vacunación

Question: CL_IMM_RM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
995	Otro	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

58. Solicite ver la sala o área de vacunación y SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva

☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva

☐ Área con privacidad visual únicamente

☐ Área no privada

☐ Otro

☐ No se dan estos servicios

☐ Rechazó mostrar

Collection: COL_VACC

Contains: CL_VAC_INJ_TYPE_, CL_CHILD_VAC_ITEMS, REG_IMM_SER

Show if: (CL_IMM_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada])

Question: CL_VAC_INJ_TYPE_

Minimum checks: 1

59. Pida ver el equipo de inyecciones usado durante las sesiones de vacunación de rutina en esta instalación. Observe también el tipo.

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES)

- ☐ Observado, desechable
☐ Observado, esterilizable
☐ Observado, autoinutilizable (dar ejemplo para diferenciar desechable de autoinutilizable)
☐ Informado, no visto
☐ Observados, otros
☐ Se negó a mostrar

Question Block: CL_CHILD_VAC_ITEMS**Contains:** CL_CHILD_VAC_ITEMS_1, CL_CHILD_VAC_ITEMS_3, CL_CHILD_VAC_ITEMS_2, CL_CHILD_VAC_ITEMS_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

60. Verifique la existencia de elementos necesarios para servicios de vacunación

(SELECCIONE UNO EN CADA UNO)

	Observado	No se observó	Otro	Se negó a mostrar
Esquema nacional de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manual de vacunacion 2008-2009	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hojas de resumen o registros permanentes para registros de vacunación ó censo nominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cartilla Nacional de Salud de 0 a 9 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: REG_IMM_SER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

61. Pida que le enseñen los registros de información del servicio de vacunación para niños (Censo nominal ó listado de esquemas incompletos, Concentrados SIS, Cartilla Nacional de Salud de 0 a 9 años y comprobantes de vacunación).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Otro (ESPECIFIQUE):
☐ Se negó a mostrar

Collection: COLD_CHAIN**Contains:** VACC_STR1, COL_COLD_CHAIN**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 7:[Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)])**Cadena de frío****Question:** VACC_STR1**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se almacenan vacunas en la unidad médica	
2	Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.	
0	No se almacenan vacunas	
-2	No responde	

62. Por favor verifique si esta unidad médica almacena vacunas, o las vacunas son recogidas de otra unidad médica o son entregadas (llevadas en termo con paquetes fríos) a la unidad cuando van a ser aplicadas. Recuerde que guardar vacunas por solo 1-2 días antes de su uso, no es almacenamiento de vacunas.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, se almacenan vacunas en la unidad médica
☐ Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.
☐ No se almacenan vacunas
☐ No responde

Collection: COL_COLD_CHAIN**Contains:** CL_VAC_CARR, CL_VAC_CARR_ICE, VAC_SUPPLY, CL_VAC_TEMP_1, CL_VAC_TEMP_2, CL_VAC_TEMP_3, CL_VAC_TEMP_4, CL_VAC_TEMP_5, CL_VAC_TEMP_6, CL_VAC_TEMP_7, CL_VAC_TEMP_8, CL_VAC_TEMP_9, CL_VAC_TEMP_10**Show if:** (VACC_STR1 is-any-of 1:[Sí, se almacenan vacunas en la unidad médica] or 2:[Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.])

Pida que le enseñen donde se guardan las vacunas y verifique el equipo utilizado para almacenar vacunas

Custom Layout Question: C_VAC_STR

63.

Cantidad utilizada para
el almacenamiento de vacunas Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar

Refrigerador eléctrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de querosén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador solar	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Termo

Custom Layout Question: C_VAC_STR_2

64. Cantidad de equipo de refrigeración utilizada **NO** para el almacenamiento de vacunas Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar

Refrigerador eléctrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de querosén	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Refrigerador solar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termo	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verifique los termómetros e indique cuantos son **(indique solamente los termómetros de vacunacion de vástago y lineal)**

Custom Layout Question: C_VAC_THERM

65. Cantidad Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó mostrar

Termómetros digitales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termómetros de alcohol	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termómetros de vástago	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: CL_VAC_CARR**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observadas, cantidad de cajas vistas:	
2	Informadas	
0	No vistas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

66. Pida para ver las cajas de transporte de vacunas (terminos) disponibles

- ☐ Observadas, cantidad de cajas vistas:
☐ Informadas
☐ No vistas
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_CARR_ICE**Required****Show if:** (CL_VAC_CARR = 1:[Observadas, cantidad de cajas vistas:])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados, un juego	
2	Observados, dos o más juegos	
0	No vista	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

67. Pida ver los paquetes refrigerantes usados en los terminos o cajas de transporte de vacunas (un juego = seis paquetes por caja).

- ☐ Observados, un juego
☐ Observados, dos o más juegos
☐ No vista
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Collection: VAC_SUPPLY**Contains:** REG_SUP_VAC, VAC_SUPPLY_1**Suministro de vacunas****Question:** REG_SUP_VAC**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registro observado	
0	No observado	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	
-3	No se proporcionan servicios de vacunación	

68. Por favor pida que le enseñen donde se registra el suministro (recepción) de vacunas (entradas y salidas de biológico)

- ☐ Registro observado
☐ No observado
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar
☐ No se proporcionan servicios de vacunación

Collection: VAC_SUPPLY_1**Contains:** KARDEX_VACCINES, VAC_SUP_TM1**Show if:** (REG_SUP_VAC is-any-of 1:[Registro observado] or 995:[Otro])

Revise el kardex o registro de información sobre el abasto de vacunas y registre la siguiente información

Question Block: KARDEX_VACCINES**Contains:** KARDEX_PENTA, KARDEX_POLIO, KARDEX_MMR, KARDEX_FLU, KARDEX_ROTA, KARDEX_PNEU, KARDEX_BCG, KARDEX_TET**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kardex observado	
0	Kardex no observado	

69. Verifique los siguientes kardex de abastacimento u otro registro de las siguientes vacunas:

	Kardex observado	Kardex no observado
Pentavalente (incluye DPT, Hib, HepB)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SRP (sarpion, rubeola, y parotiditis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjugado neumocócico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vacuna antitetánica / Toxoide tetánico diftérico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verifique el abastecimiento de las siguientes vacunas para hoy:

Custom Layout Question: C_VAC_REG_1

70.

Abasto observado

Pentavalente (incluye DPT, Hib, Hepb)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rotavirus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Conjugado neumocócico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vacuna antitetánica / Toxoide tetánico diftérico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_VAC_REG_2

71.

Abasto observado

DPT (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepb (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hib (sola y no como parte de la vacuna pentavalente)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

Custom Layout Question: C_VAC_SUP_1

72.

BCG

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_VAC_SUP_2

73.

SRP (sarampión, rubeola y parotiditis)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_TET

74.

Vacuna antitetánica / toxoide tetánico diftérico

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Question: VAC_SUP_TM1**Required****Show if:** (REG_SUP_VAC = 1:[Registro observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Dentro de las 4 semanas anteriores	
2	Entre 4 y 12 semanas	
3	Más de 12 semanas	
0	No existe un sistema rutinario de abasto	
-1	No sabe	

75. Por favor verifique cuándo fue la última vez que la unidad médica recibió suministro de vacunas, independientemente de que hayan sido solicitadas por la unidad médica o que hayan llegado como parte de un sistema rutinario de abasto (SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Dentro de las 4 semanas anteriores
- ☐ Entre 4 y 12 semanas
- ☐ Más de 12 semanas
- ☐ No existe un sistema rutinario de abasto
- ☐ No sabe

Collection: CL_VAC_TEMP_1

Contains: CL_VAC_TEMP1_1, CL_VAC_TEMP_CHRT_1, CL_VAC_TEMP_REC_1, CL_VAC_TEMP_REC2_1, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_1, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_1, CL_VAC_TEMP_PRT_1

Show if: (FRIDGE > 0)

Para refrigerador #1, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

76. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

77. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_1

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

78. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC2_1

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

79. Verifique si se completó el registro de la temperatura dos veces por día de **lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_1

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	

80. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de -2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_1

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_1 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_1.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

81. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de -2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

82. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Collection: CL_VAC_TEMP_2

Contains: CL_VAC_TEMP1_2, CL_VAC_TEMP_CHRT_2, CL_VAC_TEMP_REC_2, CL_VAC_TEMP_REC2_2, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_2, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_2, CL_VAC_TEMP_PRT_2

Show if: (FRIDGE > 1)

Para refrigerador #2, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_2

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

83. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_2

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

84. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_2

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_2 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

85. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC2_2

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_2 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

86. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_2

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_2 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	

87. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_2

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_2 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_2.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

88. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_2

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

89. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Collection: CL_VAC_TEMP_3

Contains: CL_VAC_TEMP1_3, CL_VAC_TEMP_CHRT_3, CL_VAC_TEMP_REC_3, CL_VAC_TEMP_REC2_3, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_3, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_3, CL_VAC_TEMP_PRT_3

Show if: (FRIDGE > 2)

Para refrigerador #3, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_3

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

90. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
☐ No observado
☐ El termómetro no funciona
☐ No hay termómetro
☐ Otro (ESPECIFIQUE):
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_3

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

91. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_3

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_3 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

92. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
☐ No, no se completó
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC2_3

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_3 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

93. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
☐ No, no se completó
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_3

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_3 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	

94. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
☐ No registrado

☐

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_3

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_3 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_3.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

95. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_3

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

96. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Collection: CL_VAC_TEMP_4

Contains: CL_VAC_TEMP1_4, CL_VAC_TEMP_CHRT_4, CL_VAC_TEMP_REC_4, CL_VAC_TEMP_REC2_4, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_4, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_4,

CL_VAC_TEMP_PRT_4

Show if: (FRIDGE > 3)

Para refrigerador #4, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_4

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

97. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_4

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

98. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_4

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_4 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

99. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- Se negó a mostrar

○

Question: CL_VAC_TEMP_REC2_4**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_4 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

100. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_4**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_4 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	

101. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_4**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_4 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_4.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

102. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

103. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Collection: CL_VAC_TEMP_5**Contains:** CL_VAC_TEMP1_5, CL_VAC_TEMP_CHRT_5, CL_VAC_TEMP_REC_5, CL_VAC_TEMP_REC2_5, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_5, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_5,

CL_VAC_TEMP_PRT_5

Show if: (FRIDGE > 4)**Para refrigerador #5, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL_VAC_TEMP1_5**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

104. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_5**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	

0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

105. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_5

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_5 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

106. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC2_5

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_5 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

107. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_5

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_5 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	

108. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_5

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_5 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_5.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

109. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_5

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

110. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
☐ No protegidas
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Collection: CL_VAC_TEMP_6

Contains: CL_VAC_TEMP1_6, CL_VAC_TEMP_CHRT_6, CL_VAC_TEMP_REC_6, CL_VAC_TEMP_REC2_6, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_6, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_6, CL_VAC_TEMP_PRT_6

Show if: (FRIDGE > 5)

Para refrigerador #6, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_6

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

111. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
☐ No observado
☐ El termómetro no funciona
☐ No hay termómetro
☐ Otro (ESPECIFIQUE):
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_6

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

112. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_6

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_6 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

113. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
☐ No, no se completó
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC2_6

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_6 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

114. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
☐ No, no se completó
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_6

Required**Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_6 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	

115. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_6**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_6 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_6.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

116. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_6**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

117. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Collection: CL_VAC_TEMP_7**Contains:** CL_VAC_TEMP1_7, CL_VAC_TEMP_CHRT_7, CL_VAC_TEMP_REC_7, CL_VAC_TEMP_REC2_7, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_7, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_7, CL_VAC_TEMP_PRT_7**Show if:** (FRIDGE > 6)**Para refrigerador #7, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL_VAC_TEMP1_7**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

118. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_7**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

119. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_7**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_7 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

120. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
☐ No, no se completó
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC2_7

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_7 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

121. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
☐ No, no se completó
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_7

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_7 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	

122. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_7

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_7 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_7.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

123. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_7

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

124. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
☐ No protegidas
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Collection: CL_VAC_TEMP_8

Contains: CL_VAC_TEMP1_8, CL_VAC_TEMP_CHRT_8, CL_VAC_TEMP_REC_8, CL_VAC_TEMP_REC2_8, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_8, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_8, CL_VAC_TEMP_PRT_8

Show if: (FRIDGE > 7)

Para refrigerador #8, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_8

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

125. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
☐ No observado
☐ El termómetro no funciona
☐ No hay termómetro
☐ Otro (ESPECIFIQUE):

☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_8

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

126. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_8

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_8 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

127. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
☐ No, no se completó
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC2_8

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_8 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

128. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
☐ No, no se completó
☐ No se observó
☐ Otro
☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_8

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_8 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	

129. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de -2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_8

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_8 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_8.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

130. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de -2-8 C

- ☐ Especificar acción:
☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_8

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	

-2 Se negó a mostrar

131. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Collection: CL_VAC_TEMP_9

Contains: CL_VAC_TEMP1_9, CL_VAC_TEMP_CHRT_9, CL_VAC_TEMP_REC_9, CL_VAC_TEMP_REC2_9, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_9, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_9,

CL_VAC_TEMP_PRT_9

Show if: (FRIDGE > 8)

Para refrigerador #9, respuesta a las siguientes preguntas:

Question: CL_VAC_TEMP1_9

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

132. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frio. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_9

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

133. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_9

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_9 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

134. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC2_9

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_9 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

135. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_9**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_9 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	

136. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_9**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_9 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_9.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

137. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_9**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

138. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Collection: CL_VAC_TEMP_10**Contains:** CL_VAC_TEMP1_10, CL_VAC_TEMP_CHRT_10, CL_VAC_TEMP_REC_10, CL_VAC_TEMP_REC2_10, CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_10, CL_VAC_TEMP_REC_ACT_10, CL_VAC_TEMP_PRT_10**Show if:** (FRIDGE > 9)**Para refrigerador #10, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL_VAC_TEMP1_10**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Temperatura en grados centígrados:	
0	No observado	
2	El termómetro no funciona	
3	No hay termómetro	
995	Otro (ESPECIFIQUE):	
-2	Se negó a mostrar	

139. Indique la temperatura dentro del refrigerador o termo frío. (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Temperatura en grados centígrados:
- ☐ No observado
- ☐ El termómetro no funciona
- ☐ No hay termómetro
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE):
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_CHRT_10**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observados	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

140. Pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Observados
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_10**Required****Show if:** (CL_VAC_TEMP_CHRT_10 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	

-2 | Se negó a mostrar |

141. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día para cada uno de los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC2_10

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_10 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, se completó	
2	No, no se completó	
0	No se observó	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

142. Verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí, se completó
- ☐ No, no se completó
- ☐ No se observó
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Question: CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_10

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_10 = 1:[Observados])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días:	
-1	No registrado	

143. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C en los últimos 30 días

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_REC_ACT_10

Required

Show if: (CL_VAC_TEMP_CHRT_10 = 1:[Observados]) and (CL_VAC_TEMP_REC_BELOW_10.DAY > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Especificar acción:	
-1	No registrado	

144. Específicamente, ¿qué se hizo en los días en que la temperatura estuvo fuera del rango de 2-8 C

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

Question: CL_VAC_TEMP_PRT_10

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, protegidas	
0	No protegidas	
995	Otro	
-2	Se negó a mostrar	

145. Indique si el refrigerador o caja fría están protegidos de la luz solar directa.

- ☐ Sí, protegidas
- ☐ No protegidas
- ☐ Otro
- ☐ Se negó a mostrar

Collection: DIAGNOSTIC_IMAGING

Contains: CL_DIAG_RM, DIAGNOSTIC_IMAGING_1, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 8:[Área de diagnóstico por imágenes (ecografía Doppler para detección de latidos fetales, rayos x, equipo de ultrasonido, equipo portátil de ultrasonido)])

Área de diagnóstico por imagen

Question: CL_DIAG_RM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	
2	Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva	
3	Área con privacidad visual únicamente	
0	Área no privada	
-1	No se dan estos servicios	
-2	Rechazó mostrar	

146. Solicite ver la área de diagnóstico por imágenes:

SELECCIONE UNA OPCIÓN - si no aplica seleccione "no se dan estos servicios"

- ☐ Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva
- ☐ Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva

- ☐ Área con privacidad visual únicamente
- ☐ Area no privada
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

Question Block: DIAGNOSTIC_IMAGING_1

Contains: DIAGNOSTIC_IMAGING_1_1, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_2, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_3, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_4

Required

Show if: (CL_DIAG_RM ≠ -1:[No se dan estos servicios]) and (CL_DIAG_RM ≠ -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	

147. Por favor anote la disponibilidad y número del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)	Observado, número:	No observado	Se niega a mostrar
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rayos X	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC

Contains: DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_1, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_2, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_3, DIAGNOSTIC_IMAGING_1_FUNC_4

Required

Show if: (CL_DIAG_RM ≠ -1:[No se dan estos servicios]) and (CL_DIAG_RM ≠ -2:[Rechazó mostrar])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, funciona	
0	No funciona	
-1	No sabe	

148. Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

(SELECCIONE UNA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA)	Sí, funciona	No funciona	No sabe
Ecografía Doppler para detección de latidos fetales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rayos X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo de ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo portátil de ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: BIO_HAZARD

Contains: WASTE_DIS, COL_BIOHAZARD

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 9:[Área de disposición de residuos biológico infecciosos])

Área de disposición de desechos biológicos peligrosos

Question: WASTE_DIS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	

149. Por favor pida que le enseñen cómo y dónde se desechan los residuos biológicos peligrosos (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Se niega a mostrar

Collection: COL_BIOHAZARD

Contains: REG_WASTE_DIS, AUTOCLAVES

Show if: (WASTE_DIS = 1:[Observado])

Question: REG_WASTE_DIS

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	

150. Pida que le enseñen el registro de información sobre la disposición de residuos biológicos peligrosos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Se niega a mostrar

Question: AUTOCLAVES

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado, número:	

0	No observado	
-2	Se niega a mostrar	

151. Pida ver los autoclaves.

- ☐ Observado, número:
- ☐ No observado
- ☐ Se niega a mostrar

Collection: PHARMACY

Contains: C_PH_CHECK1_AVAILABILITY, C_PH_SUP1_ANC_CHILD_CARE, C_PH_SUP2_DEL EMC

Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 10:[Farmacia])

Farmacia

Recuerde que incluye insumos del Programa Prospera, materiales del SEYE u otros.

Collection: C_PH_CHECK1_AVAILABILITY

Contains:

Registre si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK_1

152.

Observado

- Multivitámico para embarazadas (por ejemplo, Nutrivida) ☐ ☐
- Hierro ☐ ☐
- Acido fólico ☐ ☐
- Espátulas de Ayre (para examen de citología cervical) o hisopos ☐ ☐
- Láminas portaobjetos ☐ ☐
- Nitrofurantoina ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_AMB

153.

Observado

- Eritromicina ☐ ☐
- Ampicilina ☐ ☐
- Penicilina benzatinica ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_CHECK1_BC

154.

Observado

- Cefalexina ☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK_CHILD

155.

Observado

- Paquetes o sobres de Sales de Rehidratación Oral / Vida suero oral ☐ ☐
- Sulfato ferroso en gotas ☐ ☐
- Sulfato de Zinc ☐ ☐
- Gluconato de Zinc ☐ ☐
- Albendazol ☐ ☐
- Mebendazol ☐ ☐
- Micronutrientes para niños ☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK_DEL

156.

Observado

- Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical ☐ ☐
- Maleato de Ergonovina ☐ ☐
- Ampolleta de Ergometrina ☐ ☐
- Iodopovidona (por ejemplo, Isodine®) ☐ ☐
- Jeringa c/ Aguja Montada (Jeringa insulina) ☐ ☐
- Lidocaína s / Lidocaína sin epinefrina ☐ ☐
- Metilbromuro / Bromuro de hioscina / Butilioscina ☐ ☐
- Oxitocina ☐ ☐
- Ringer lactato ☐ ☐
- Gotas de cloramfenicol oftálmicas ó oxitetraciclina oftálmica ó sulfacetamida oftálmica ☐ ☐
- Vitamina K / Fitomenadiona ☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK_DEL2

157.

Observado

- Epinefrina ☐ ☐
- Solution Hartman ☐ ☐

Solucion salina ☐ ☐

Nitrato de plata ☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_EMC

158. Observado

Ampolleta de Dexametasona ☐ ☐

Betametasona ☐ ☐

Sulfato de Magnesio ☐ ☐

Penicilina cristalina ☐ ☐

Ampicilina ☐ ☐

Amoxicilina ☐ ☐

Nifedipina ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_EMC_BASIC

159. Observado (si/no)

Gentamicina ☐ ☐

Ampolleta de Hidralazina ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_EMC_BASIC_EXCEPTION

160. Observado (si/no)

Gentamicina ☐ ☐

Ampolleta de Hidralazina ☐ ☐

Anote si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_EMC_COMP

161. Observado

Sulfato de Amikacina / Amikacina ☐ ☐

Ceftriaxona ☐ ☐

Cloranfenicol ☐ ☐

Metronidazol ☐ ☐

Furosamida ☐ ☐

Diazepam ☐ ☐

Hidralazina / Hidralazina clorhidrato ☐ ☐

Clorihidrato de Midazolam ☐ ☐

Sevofluorano ☐ ☐

Propofol ☐ ☐

Cloruro de Succinilcolina (Suxametonio) ☐ ☐

Vencuronio o Atracurio o Cisatracurio ☐ ☐

Registre si se observaron los siguientes insumos

Custom Layout Question: C_PH_CHECK4_ALL

162. Observado

Misoprostol ☐ ☐

Metilergonovina ☐ ☐

Tazobacotan ☐ ☐

Piperaclina ☐ ☐

Clorhexidina ☐ ☐

Collection: C_PH_SUP1_ANC_CHILD_CARE

Contains:

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_MULTI

163. Multivitamínico para embarazadas (por ejemplo, Nutrivida)

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_IRON

164. Hierro

Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_FOLIC

165. Acido fólico
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_NITRO

166. Nitrofurantoina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_ERYTH

167. Eritromicina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_AMPI

168. Ampicilina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_PENI

169. Penicilina benzatínica
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP1_CEF

170. Cefalexina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_ORS

171. Sales de rehidratación oral (sobres/ paquetes) / Vida suero oral
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_1_AMB

172. Sulfato de Zinc
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_GLUZINC

173. Gluconato de Zinc
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_2_AMB

174. Albendazol
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP2_MEBEN

175. Mebendazol
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)

Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP4_FERR

176. Sulfato ferroso en gotas
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP4_MICRO

177. Micronutrientes para niños
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Collection: C_PH_SUP2_DEL EMC**Contains:** DRUG_VERIFY, DRUG_VERIFY_SPEC

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de esto insumos en los últimos 3 meses

Custom Layout Question: C_PH_SUP_OXY

178. Oxitocina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP_ERGO

179. Maleato de Ergonovina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP_ERGOAMP

180. Ampolleta de Ergometrina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP_VITK

181. Vitamina K / Fitomenadiona
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP_CLAMP

182. Pinza de plástico o cinta umbilical o aditamento para pinzamiento umbilical
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de esto insumos en los últimos 3 meses

Custom Layout Question: C_PH_SUP_MGS

183. Sulfato de Magnesio
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP_GENTA

184. Gentamicina
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP_DEXA

185. Ampolleta de Dexametasona
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP_BETA

186. Betametasona
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP_CEFT

187. Ceftriaxona
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP_DIAZ

188. Diazepam
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP3_4_COMP

189. Clorhidrato de Midazolam
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Custom Layout Question: C_PH_SUP4_1_BASIC

190. Nifedipina (tableta o ampolla)
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no)
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no)
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no)

Question: DRUG_VERIFY
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, observado	
0	No observado	

191. Verifique que hubo kardex o otros registros disponibles para verificar el abastecimiento de todos medicamentos en los últimos tres meses
- ☐ Sí, observado
- ☐ No observado

Question: DRUG_VERIFY_SPEC**Required****Show if:** (DRUG_VERIFY = 0:[No observado])

192. Explique porqué no existe registros o Kardex para verificar el abastecimiento en los últimos tres meses para cada medicamento:

Collection: LAB_SERVICES**Contains:** LAB_ROOM, COL_LAB**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 11:[Laboratorio])**Servicios de laboratorio****Question:** LAB_ROOM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Area privada con privacidad visual y auditiva	
2	Area no privada con privacidad visual y auditiva	
3	Privacidad visual solamente	
0	Area no privada	
995	Otra	
-1	No hay ese servicio	
-2	Rechazó mostrarlo	

193. Solicite ver el área en la que se llevan a cabo las tomas de muestra para los análisis de laboratorio e indique las características del área:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Area privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Area no privada con privacidad visual y auditiva
- ☐ Privacidad visual solamente
- ☐ Area no privada
- ☐ Otra
- ☐ No hay ese servicio
- ☐ Rechazó mostrarlo

Collection: COL_LAB**Contains:** C_LAB_REAG_AVAIL**Show if:** (LAB_ROOM is-any-of 1:[Area privada con privacidad visual y auditiva] or 2:[Area no privada con privacidad visual y auditiva] or 3:[Privacidad visual solamente] or 0:[Area no privada] or 995:[Otra])

Indique la disponibilidad, condición y número de los siguientes equipos e insumos

Custom Layout Question: C_LAB_CHECK1

194. Observado
- | | |
|---|---|
| Kit para prueba rápida de sífilis / RPR | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Kit para prueba rápida de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Tirillas para detección de proteína en orina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Tirillas para detección de glucosa en orina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Tirillas para detección de hemólisis en orina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Tirillas para detección de glucosa en sangre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Hemocue | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Microcubetas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Kit para prueba de embarazo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Prueba rápida de embarazo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Prueba de sífilis manual | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Custom Layout Question: C_LAB_CHECK2

195. Observado
- | | |
|--|---|
| Microscopio optico | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Microscopio de campo oscuro | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Equipo para inmunoensayo de enzimas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Microscopio de fluorescencia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Equipo de análisis de orina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Equipo automatizado para química sanguínea | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Glucómetro | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Contador de células automático | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Contador manual de células | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Kit de tinción | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Question Block: C_LAB_REAG_AVAIL

Contains: C_LAB_REAG_AVAIL_FERRI, C_LAB_REAG_AVAIL_SULFO, C_LAB_REAG_AVAIL_PICRIC, C_LAB_REAG_AVAIL_ANTSYPH, C_LAB_REAG_AVAIL_ANTHIV, C_LAB_REAG_AVAIL_CYAN, C_LAB_REAG_AVAIL_ANTICOAG, C_LAB_REAG_AVAIL_BLTYPE, C_LAB_REAG_AVAIL_RH, C_LAB_REAG_AVAIL_AUTOCELL, C_LAB_REAG_AVAIL_HB, C_LAB_REAG_AVAIL_MICRO

Required

Show If: (FAC_TYPE 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)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

196. Indique la disponibilidad de los siguientes reactivos

	Observado	No observado
Ferricianuro de potasio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido sulfosalicílico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido pícrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno/reactivo para sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antígeno para VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cyanmethemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos para grupo sanguíneo (Anti A, Anti B, Anti D)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticuerpos factor Rh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reactivos para condador de células automático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reactivo para la dosificación cuantitativa de la hemoglobina (Hb) en sangre total	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Microcubetas para dosificación de hemoglobina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

Custom Layout Question: C_LAB_SUP_RAPID_TEST

197. Kit para prueba rápida de VIH/SIDA
- | | |
|--|---|
| Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Revise los registros o kardex para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

Custom Layout Question: C_LAB_SUP_1_BC

198. Anticoagulantes
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

Custom Layout Question: C_LAB_SUP_2_BC

199. Anticuerpos factor Rh
- Se quedó sin ellos en el último mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (si/no) ☐ ☐
- Se quedó sin ellos entre los meses 2 y 3 (si/no) ☐ ☐

Collection: GENERAL_CONDITIONS
Contains: EMER_GEN_, COL_GEN, COMMENT_CHECKLIST
Show if: (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION_AREA = 12:[Condiciones generales de la unidad])

Características generales de la unidad de salud

Question: EMER_GEN_
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
-2	Rechazó mostrarla	

200. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarla

Collection: COL_GEN
Contains: EMER_WORK, EMER_FUEL, BTHRM_STAFF, BTHRM_STAFF_AMEN, BTHRM_PATIENT, BTHRM_PATIENT_AMEN
Show if: (EMER_GEN_ = 1:[Observado])

Question: EMER_WORK
Required

Show if: (EMER_GEN_ = 1:[Observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, funciona	
0	No funciona	
-1	No sabe	

201. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

- ☐ Sí, funciona
- ☐ No funciona
- ☐ No sabe

Question: EMER_FUEL
Required

Show if: (EMER_GEN_ = 1:[Observado])

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

202. ¿Tiene combustible la planta de electricidad de emergencia?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

Question: BTHRM_STAFF
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

203. ¿Hay un baño para el personal en esta unidad de salud? Si es así, ¿podemos verlo?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: BTHRM_STAFF_AMEN
Minimum checks: 1

Show if: (BTHRM_STAFF = 1:[Sí])

204. ¿Tiene este baño alguna de las siguientes comodidades?

- ☐ Agua corriendo
- ☐ Toallas de papel
- ☐ Jabón
- ☐ Basurero
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otra (especificar)

☐ Rechazo mostrar

Question: BTHRM_PATIENT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

205. ¿Hay un baño para los pacientes en esta unidad de salud? Si es así, ¿podemos verlo?

☐ Sí

☐ No

☐ No sabe

☐ No contesta

Question: BTHRM_PATIENT_AMEN
Minimum checks: 1
Show if: (BTHRM_PATIENT = 1:[Sí])

206. ¿Tiene este baño alguna de las siguientes comodidades?

☐ Agua corriendo

☐ Toallas de papel

☐ Jabón

☐ Basurero

☐ Ninguna de las anteriores

☐ Otra (especificar)

☐ Rechazo mostrar

Question: COMMENT_CHECKLIST

207. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Collection: JUMPS
Contains: JUMPBK_INCOMPLETE
Show if: (ROOM_COMPLETE = 0) and (SELECTION_AREA = 13:[Al final de la encuesta])

Según nuestros registros, los datos no han sido plenamente recogidos por uno o más areas de este módulo. Se puede ir de nuevo a las secciones incompletas ahora.

Question: JUMPBK_INCOMPLETE
Required
Show if: (ROOM_COMPLETE = 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Consultorios de atención prenatal y postnatal	(Error!)
2	Sala de expulsión	(Error!)
3	Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)	(Error!)
4	Área de planificación familiar	(Error!)
5	Área de atención a niños	(Error!)
6	Área de vacunas	(Error!)
7	Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)	(Error!)
8	Área de diagnóstico por imágenes	(CL_DIAG_RM was-not-answered)
9	Área de disposición de residuos biológico infecciosos	(Error!)
10	Farmacia	(Error!)
11	Laboratorio	(Error!)
12	Condiciones generales de la unidad	(Error!)

208. Seleccione el área en la que llevará a cabo la observación:

☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal

☐ Sala de expulsión

☐ Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)

☐ Área de planificación familiar

☐ Área de atención a niños

☐ Área de vacunas

☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)

☐ Área de diagnóstico por imágenes

☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos

☐ Farmacia

☐ Laboratorio

☐ Condiciones generales de la unidad

Jump-To: JMP_ANPST
Description:
Jump-To-Item: OBS_ANC_PNC
Jump-If: (JUMPBK_INCOMPLETE = 1:[Consultorios de atención prenatal y postnatal])

Jump-To: JMP_DEL
Description:
Jump-To-Item: OBS_DEL
Jump-If: (JUMPBK_INCOMPLETE = 2:[Sala de expulsión])

Jump-To: JMP_EM
Description:
Jump-To-Item: OBS_EM

Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 3:[Área para atención de parto inmediatamente (o emergencia)])

Jump-To: JMP_FP
Description:
Jump-To-Item: OBS_FP
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 4:[Área de planificación familiar])

Jump-To: JMP_CHILD
Description:
Jump-To-Item: OBS_CHILD
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 5:[Área de atención a niños])

Jump-To: JMP_IMM
Description:
Jump-To-Item: OBS_VAC
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 6:[Área de vacunas])

Jump-To: JMP_COLD_CHAIN
Description:
Jump-To-Item: OBS_COLD_CHAIN
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 7:[Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)])

Jump-To: JMP_DIAGNOSTIC_IMAGING
Description:
Jump-To-Item: OBS_DIAGN_IMAGING
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 8:[Área de diagnóstico por imágenes])

Jump-To: JMP_BIO_HAZARD
Description:
Jump-To-Item: OBS_BIOHAZARD
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 9:[Área de disposición de residuos biológico infecciosos])

Jump-To: JMP_LAB
Description:
Jump-To-Item: OBS_LAB
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 11:[Laboratorio])

Jump-To: JMP_GENERAL_CONDITION
Description:
Jump-To-Item: OBS_GENERAL_COND
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 12:[Condiciones generales de la unidad])

Jump-To: JMP_PHARMACY
Description:
Jump-To-Item: OBS_PHARMACY
Jump-If: (JUMPBACK_INCOMPLETE = 10:[Farmacia])

Collection: COMMENTS
Contains: COMMENT_CHECKLIST2

Question: COMMENT_CHECKLIST2

209. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Jump-To: JMP_END_1
Description:
Jump-To-Item: End and Submit
Jump-If: (SELECTION_AREA = 13:[Al final de la encuesta]) and (SURVEY_SUBMIT = 1:[Sí])

Jump-To: JUMP_SELECTION_2
Description:
Jump-To-Item: SELECTION_AREA

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.