



Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID

Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required

ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR_DIARRHEA

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT, MRR_FACILITY_ID**Question:** MRR_DATE
Required

1. Fecha:

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

2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

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



4. Tipo de unidad médica

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

- Question:** MRR_FACILITY_ID
Required

http://localhost:13124/Previewer/Survey.ashx?_x=375c54cd-9ebe-4a14-a9b1-69e406ec1... 11/17/2017

[illegible]

-
- | Response | Percentage |
|-----------------------------|------------|
| U.S. should take action | 95% |
| U.S. should not take action | 5% |



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

Collection: MRR_DIARRHEA**Contains:** NEO_DIAR_ADM_DATE, NEO_DIAR_ADM_TIME, MRR_AGE, DIARRHEA, DEHYDRATION, NEO_DIAR_GENDER, NEO_DIAR_DIAG, NEO_DIAR_MAN, MRR_DIAR_DIS_DATE**Manejo de diarrea****Question:** NEO_DIAR_ADM_DATE**Required**

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



6. Identifique en los registros de niños con diarrea en los últimos 2 años.

Fecha de revision/consulta

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

Question: NEO_DIAR_ADM_TIME**Required**

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



7. Identifique en los registros de niños con diarrea en los últimos 2 años.

Hora de revision/consulta en horario de 24 horas

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_AGE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	años	
2	meses	
1	días	



8. Edad de niño:

- ☐ años
- ☐ meses
- ☐ días

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

Por favor, revia expedientes de diarrea en niños menores de 5 años.

Jump-To: JMP2**Description:****Jump-To-Item:** END**Jump-If:** ((DATE_ELEGIBILITY_2015 = 0) and (DATE_ELEGIBILITY_2017 = 1)) or ((DATE_ELEGIBILITY_2017 = 0) and (DATE_ELEGIBILITY_2015 = 1)) or (MRR_AGE.TEXT3 >= 5) or (MRR_AGE.TEXT2 >= 60)**Question:** DIARRHEA**Required**

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



9. ¿El niño tiene diarrea?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: DEHYDRATION**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Si	
0	No	
-1	No registrado	

10. ¿El niño tiene deshidratación?

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

Question: NEO_DIAR_GENDER

Required

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

11. Sexo del bebé

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ No registrado

Jump-To: JMP3

Description:

Jump-To-Item: NO_DIARREA

Jump-If: (DIARRHEA ≠ 1:[SI])

Custom Layout Question: NEO_DIAR_SYMP

12.	Registrado (si/no)	Resultado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Condición general	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sed	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pliegues cutáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se registraron los siguientes síntomas

Custom Layout Question: NEO_DIAR_SYMP_2

13.	Si/no
No puede beber o tomar el pecho	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Letárgico o inconsciente	<input type="checkbox"/>
Vomita todo	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: NEO_DIAR_CHECK

14.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Llenado capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_DIAR_DIAG

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermedad diarreica sin deshidratación	
2	Enfermedad diarreica con deshidratación	
3	Enfermedad diarreica aguda con choque hipovolémico por deshidratación	
995	Otro	
-1	No registrado	

15. Anote el diagnóstico

- ☐ Enfermedad diarreica sin deshidratación
☐ Enfermedad diarreica con deshidratación
☐ Enfermedad diarreica aguda con choque hipovolémico por deshidratación
☐ Otro
☐ No registrado

Question Block: NEO_DIAR_MAN

Contains: NEO_DIAR_MAN_ORS, NEO_DIAR_MAN_INT, NEO_DIAR_MAN_ZINC, NEO_DIAR_MAN_REF, NEO_DIAR_MAN_OTH, NEO_DIAR_MAN_NO

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Sí	
0	No	

16. Anote el tratamiento que se prescribió

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Se dio sales de rehidratación oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia de rehidratación intravenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zinc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No registrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anote si se recetó algo para consumir en casa

Custom Layout Question: NEO_DIAR_HOME_PRES



17.

Recetado (si/no)

Sales de rehidratación oral

☐

Zinc

☐

Otro (especificar)

☐

Question: MRR_DIAR_DIS_DATE

Required

Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	
-3	No aplica	



18. Fecha de egreso

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

Question: COMMENT_DIARRHEA

Required



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

Usted ha indicado que este niño no tiene diarrea. Por favor, revia expedientes de diarrea en niños menores de 5 años.

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.