



Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

 0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID



Iniciativa Salud Mesoamerica

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_GENERAL_QUESTIONS, MRR_ANC, MRR_DELIVERY, MRR_POSTPARTUM, MRR_PPM_AFTER7

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

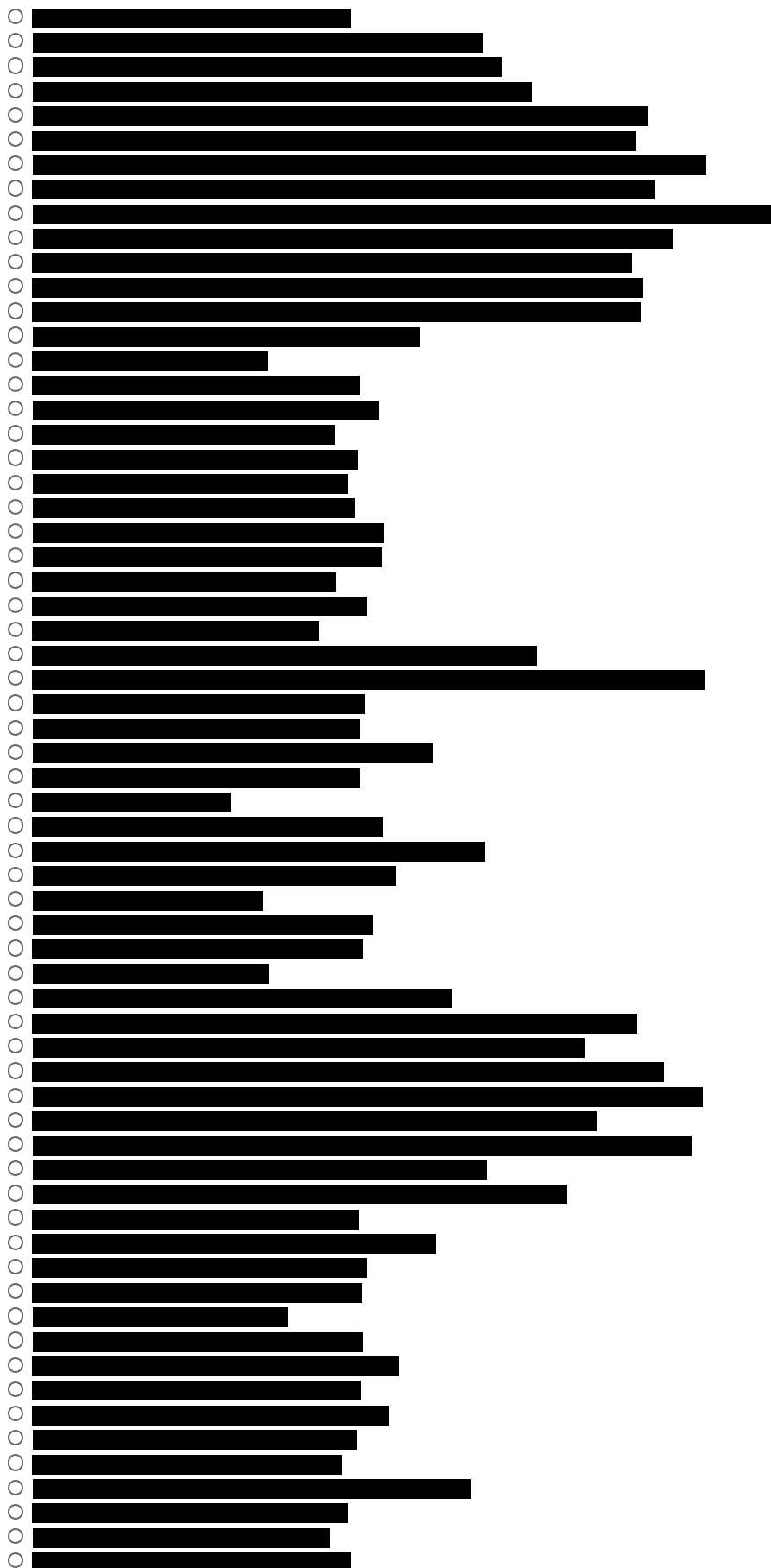
Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casa de Salud	
2	Centro de Salud con hospitalización	
3	Centro de Salud con Servicios Ampliados	
4	Clínica de Especialidades	
5	Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico	
6	Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos	
7	Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos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



- ☐ 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)

[illegible]

[illegible]



☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 

Collection: MRR_GENERAL_QUESTIONS

Contains: MRR_RECORDS, MRR_MENS_DATE, MRR_SELECTION, MRR_MAR_STAT, MRR_AGE, MRR_LITERACY, MRR_ETHNICITY, MRR_AREA, MRR_EDU

Preguntas generales

Revise el expediente medico del caso seleccionado, y registre la información solicitada

Historia clínica perinatal

Question: MRR_RECORDS

Minimum checks: 1



6. ¿Qué tipo de atención se recibe la mujer en este establecimiento?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- ☐ Atención prenatal
☐ Atención al nacimiento
☐ Atención posparto

Question: MRR_MENS_DATE

Required

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



7. Fecha de última menstruación (FUM o FUR)

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

Question: MRR_SELECTION**Required**

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



8. Método para elegir expediente:

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

Este expediente de atención prenatal no es elegible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue . Por favor revisa expedientes con fecha de última menstruación entre XX/XX/XXXX-XX/XX/XXXX.

Este expediente de parto o atención posnatal no es elegible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue . Por favor revisa expedientes con fecha de última menstruación entre XX/XX/XXXX-XX/XX/XXXX.

Jump-To: JMP2**Description:****Jump-To-Item:** END**Jump-If:** (DATE_ELEGIBILITY_2017 = 0) or (DATE_ELEGIBILITY_2018 = 0) or (DATE_ELEGIBILITY_2016 = 0)**Question:** MRR_MAR_STAT**Required**

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



9. Estado civil/familiar:

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

Question: MRR_AGE**Required**

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



10. Edad de mujer

- ☐ Edad:
- ☐ No registrado

Question: MRR_LITERACY**Required**

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




11. Alfabetismo (lee y escribe):

- ☐ Alfabeto
- ☐ Analfabeto

☐ No registrado

Question: MRR_ETHNICITY
Required


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

 12. Etnia:

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

Question: MRR_AREA
Required


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

 13. Área:

- ☐ Urban
- ☐ Rural
- ☐ No registrado

Question: MRR_EDU
Required

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

 14. Educación

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

Collection: MRR_ANC


Contains: MRR_ANC_DATE, TET_VIGENTE, MRR_ANC_TET, MRR_ANC_NUM, MRR_ANC_REFFROM, MRR_ANC_REF_DATEFROM, MRR_ANC_REF_TIMEFROM, WOM_ANC_REF_GESTFROM, MRR_ANC_REF_TYPEFROM, WOM_ANC_REF_MUNICIPFROM, MRR_ANC_REF_NAMEFROM, MRR_VISIT_1, MRR_VISIT_2, MRR_VISIT_3, MRR_VISIT_4, MRR_VISIT_5, MRR_VISIT_6, MRR_VISIT_7, MRR_VISIT_8, MRR_VISIT_9, MRR_VISIT_10, MRR_VISIT_11, MRR_VISIT_12, MRR_VISIT_13, MRR_VISIT_14, MRR_VISIT_15, WOM_ANC_SPECIAL_EVER, WOM_ANC_SPECIAL_TYPE, WOM_ANC_ULTRA_NUM, WOM_ANC_ULTRA1, WOM_ANC_ULTRA2, WOM_ANC_ULTRA3, MRR_ANC_GRAPH5, MRR_ANC_LAB_TEST, MRR_ANC_RUBELLA, MRR_ANC_VAGINITIS, MRR_ANC_HYPERTENSION, MRR_ANC_DIABETES, MRR_ANC_CARDIO, MRR_ANC_NEFRO, MRR_ANC_RH, MRR_ANC_HEM, MRR_ANC_OTRO_COND, MRR_ANC_HIST_ABORT, MRR_ANC_HIST_ECL, MRR_ANC_HIST_MAL, MRR_ANC_REFTO, MRR_ANC_REF_DATETO, MRR_ANC_REF_TIMETO, MRR_ANC_REF_TYPTETO, WOM_ANC_REF_MUNICIPTO, MRR_ANC_REF_NAMETO, MRR_ANC_PRE_OUT, MRR_ANC_DEL_MODE, MRR_ANC_CSECT_TYPE

Show if: (MRR_RECORDS is-any-of)

Gestación Actual

Question: MRR_ANC_DATE
Required

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

 15. Fecha de primera visita a atención prenatal

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

Ha indicado que la fecha de última menstruación fue una fecha despues de la primera visita a atención prenatal.
Por favor, revisa sus respuestas.

Fecha de última menstruación:

Fecha de primera visita a atención prenatal:

Jump-To: GESTAGE_JUMP**Description:****Jump-To-Item:** MRR_GEN_QUESTIONS**Jump-If:** (TM_MRR_GEST_AGE < 0)**Question:** TET_VIGENTE


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

 16. Antitetánica vigente:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_TET**Contains:** MRR_ANC_TET1, MRR_ANC_TET2**Required**


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

 17. Se administró toxoide tetánico:

(SELECCIONE UNO POR FILA):		
	Sí	No observado
1.ra dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consultas de atención prenatal**Question:** MRR_ANC_NUM**Required**


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

 18. Revise la sección de atención prenatal del expediente y marque el número de visitas de atención prenatal que tuvo la mujer:

- ☐ Número:
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_REFFROM**Required****Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC < 5)


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 19. ¿Fue referida la mujer DESDE otra unidad para la atención prenatal?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: MRR_ANC_REF_DATEFROM**Required****Show if:** (MRR_ANC_REFFROM = 1:[Sí])

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

 20. Fecha de referencia:

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

Question: MRR_ANC_REF_TIMEFROM**Required****Show if:** (MRR_ANC_REFFROM = 1:[Sí])

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



21. Hora de referencia:

- ☐ Hora (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: WOM_ANC_REF_GESTFROM**Required****Show if:** (MRR_ANC_REFFROM = 1:[S])

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



22. ¿A qué edad gestacional fue la mujer referida?

- ☐ Edad semanas
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_REF_TYPEFROM**Required****Show if:** (MRR_ANC_REFFROM = 1:[S])

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)	



23. Tipo de unidad médica desde que fue referida la mujer

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

Question: WOM_ANC_REF_MUNICIPFROM**Required****Show if:** (MRR_ANC_REFFROM = 1:[S])

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

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




24. ¿Desde cual municipio fue la unidad?

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

- ☐ Huitiupán
- ☐ Huixtla
- ☐ La Independencia
- ☐ Ixhuatán
- ☐ Ixtacomitán
- ☐ Ixtapa
- ☐ Ixtapangajoya
- ☐ Jiquipilas
- ☐ Jitolol
- ☐ Juárez
- ☐ Larráinzar
- ☐ La Libertad
- ☐ Mapastepec
- ☐ Las Margaritas
- ☐ Mazapa de Madero
- ☐ Mazatán
- ☐ Metapa
- ☐ Mitontic
- ☐ Motozintla
- ☐ Nicolás Ruíz
- ☐ Ocosingo
- ☐ Ocotepec
- ☐ Ocozococautla de Espinosa
- ☐ Ostuacán
- ☐ Osumacinta
- ☐ Oxchuc
- ☐ Palenque
- ☐ Pantelhó
- ☐ Pantepec
- ☐ Pichucalco
- ☐ Pijijiapan
- ☐ El Porvenir
- ☐ Villa Comaltitlán
- ☐ Pueblo Nuevo Solistahuacán
- ☐ Rayón
- ☐ Reforma
- ☐ Las Rosas
- ☐ Sabanilla
- ☐ Salto de Agua
- ☐ San Cristóbal de las Casas
- ☐ San Fernando
- ☐ Siltepec
- ☐ Simojovel
- ☐ Sitalá
- ☐ Socoltenango
- ☐ Solosuchiapa
- ☐ Soyaló
- ☐ Suchiapa
- ☐ Suchiate
- ☐ Sunuapa
- ☐ Tapachula
- ☐ Tapalapa
- ☐ Tapilula
- ☐ Tecpatán
- ☐ Tenejapa
- ☐ Teopisca
- ☐ Tila
- ☐ Tonalá
- ☐ Totolapa
- ☐ La Trinitaria
- ☐ Tumbalá
- ☐ Tuxtla Gutiérrez
- ☐ Tuxtla Chico
- ☐ Tuzantán

- ☐ Tzimol
- ☐ Unión Juárez
- ☐ Venustiano Carranza
- ☐ Villa Corzo
- ☐ Villaflores
- ☐ Yajalón
- ☐ San Lucas
- ☐ Zinacantán
- ☐ San Juan Cancuc
- ☐ Aldama
- ☐ Benemérito de las Américas
- ☐ Maravilla Tenejapa
- ☐ Marqués de Comillas
- ☐ Montecristo de Guerrero
- ☐ San Andrés Duraznal
- ☐ Santiago el Pinar
- ☐ No sabe
- ☐ Se negó a contestar


Question: MRR_ANC_REF_NAMEFROM
Required
Show if: (MRR_ANC_REFFROM = 1:[Sí])

 25. ¿Desde cual unidad fue la mujer referida?

Collection: MRR_VISIT_1
Contains: MRR_ANC_SPE1, MRR_ANC_CON1_GESTAGE, MRR_ANC_SPE1_DOC, MRR_ANC_CON1
Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 1)

Question: MRR_ANC_SPE1
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 26. Registre quién dio la atención prenatal durante la primera visita

- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON1_GESTAGE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	


 27. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE1_DOC
Required

Show if: (MRR_ANC_SPE1 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la primera visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la primera visita	

-  28. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la primera visita.


- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la primera visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la primera visita

Question Block: MRR_ANC_CON1

Contains: MRR_ANC_CON1_WT, MRR_ANC_CON1_BP, MRR_ANC_CON1_FUND, MRR_ANC_CON1_TEMP, MRR_ANC_CON1_EDEMA, MRR_ANC_CON1_PULS, MRR_ANC_CON1_HR, MRR_ANC_CON1_RR, MRR_ANC_CON1_REFL

Required

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


-  29. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la primera visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos en la atención prenatal en relación al feto.

También registre la fecha de la primera visita de atención prenatal en que fueron registrados

Custom Layout Question: MRR_ANC_CON_BABY1

-  30. 1.ra visita Fecha (DD/MM/AAAA)
- Frecuencia cardiaca fetal
- Movimiento fetal

Collection: MRR_VISIT_2


Contains: MRR_ANC_SPE2, MRR_ANC_CON2_GESTAGE, MRR_ANC_SPE2_DOC, MRR_ANC_CON2, MRR_ANC_CON2_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 2)

Question: MRR_ANC_SPE2

Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

-  31. Registre quién dio la atención prenatal durante la segunda visita

- ☐ Médico
☐ Médico pasante en servicio social
☐ Enfermera
☐ Enfermera pasante en servicio social
☐ Partera
☐ Trabajador se salud comunitario
☐ Pasante de servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON2_GESTAGE**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

 32. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE2_DOC**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE2 ≠ 1:[Médico])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la segunda visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la segunda visita	

 33. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la segunda visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la segunda visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la segunda visita

Question Block: MRR_ANC_CON2**Contains:** MRR_ANC_CON2_WT, MRR_ANC_CON2_BP, MRR_ANC_CON2_FUND, MRR_ANC_CON2_TEMP, MRR_ANC_CON2_EDEMA, MRR_ANC_CON2_PULS, MRR_ANC_CON2_HR, MRR_ANC_CON2_RR, MRR_ANC_CON2_REFL**Required**


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

 34. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la segunda visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON2_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_2, MRR_ANC_CON_BABY_FM_2**Required**

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

 35. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la segunda visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_3**Contains:** MRR_ANC_SPE3, MRR_ANC_CON3_GESTAGE, MRR_ANC_SPE3_DOC, MRR_ANC_CON3, MRR_ANC_CON3_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 3)**Question:** MRR_ANC_SPE3**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

36. Registre quién dio la atención prenatal durante la tercera visita

- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON3_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

37. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE3_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE3 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la tercera visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la tercera visita	

38. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la tercera visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la tercera visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la tercera visita

Question Block: MRR_ANC_CON3

Contains: MRR_ANC_CON3_WT, MRR_ANC_CON3_BP, MRR_ANC_CON3_FUND, MRR_ANC_CON3_TEMP, MRR_ANC_CON3_EDEMA, MRR_ANC_CON3_PULS, MRR_ANC_CON3_HR, MRR_ANC_CON3_RR, MRR_ANC_CON3_REFL

Required

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

39. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la tercera visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos		

<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	----------------------	-----------------------

Question Block: MRR_ANC_CON3_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_3, MRR_ANC_CON_BABY_FM_3**Required**

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



40. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la tercera visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_4**Contains:** MRR_ANC_SPE4, MRR_ANC_CON4_GESTAGE, MRR_ANC_SPE4_DOC, MRR_ANC_CON4, MRR_ANC_CON4_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 4)**Question:** MRR_ANC_SPE4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	



41. Registre quién dio la atención prenatal durante la cuarta visita

- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON4_GESTAGE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	



42. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE4_DOC**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE4 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la cuarta visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la cuarta visita	



43. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la cuarta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la cuarta visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la cuarta visita

Question Block: MRR_ANC_CON4**Contains:** MRR_ANC_CON4_WT, MRR_ANC_CON4_BP, MRR_ANC_CON4_FUND, MRR_ANC_CON4_TEMP, MRR_ANC_CON4_EDEMA, MRR_ANC_CON4_PULS, MRR_ANC_CON4_HR, MRR_ANC_CON4_RR, MRR_ANC_CON4_REFL**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Registrado	
0	No registrado	

44. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la cuarta visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON4_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_4, MRR_ANC_CON_BABY_FM_4

Required

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

45. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la cuarta visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_5

Contains: MRR_ANC_SPE5, MRR_ANC_CON5_GESTAGE, MRR_ANC_SPE5_DOC, MRR_ANC_CON5, MRR_ANC_CON5_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 5)

Question: MRR_ANC_SPE5

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador de salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

46. Registre quién dio la atención prenatal durante la quinta visita

- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador de salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON5_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

47. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE5_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE5 # 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la quinta visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la quinta visita	

48. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la quinta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la quinta visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la quinta visita

Question Block: MRR_ANC_CON5

Contains: MRR_ANC_CON5_WT, MRR_ANC_CON5_BP, MRR_ANC_CON5_FUND, MRR_ANC_CON5_TEMP, MRR_ANC_CON5_EDEMA, MRR_ANC_CON5_PULS, MRR_ANC_CON5_HR, MRR_ANC_CON5_RR, MRR_ANC_CON5_REFL

Required

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

49. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la quinta visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON5_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_5, MRR_ANC_CON_BABY_FM_5

Required

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

50. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la quinta visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_6

Contains: MRR_ANC_SPE6, MRR_ANC_CON6_GESTAGE, MRR_ANC_SPE6_DOC, MRR_ANC_CON6, MRR_ANC_CON6_BABY


Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 6)

Question: MRR_ANC_SPE6

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	

4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	


 51. Registre quién dio la atención prenatal durante la sexta visita

- ☐ Médico
☐ Médico pasante en servicio
☐ Enfermera
☐ Enfermera pasante en servicio social
☐ Partera
☐ Trabajador se salud comunitario
☐ Pasante de servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON6_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

 52. Edad gestacional


- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE6_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE6 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la sexta visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la sexta visita	

 53. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la sexta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la sexta visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la sexta visita

Question Block: MRR_ANC_CON6

Contains: MRR_ANC_CON6_WT, MRR_ANC_CON6_BP, MRR_ANC_CON6_FUND, MRR_ANC_CON6_TEMP, MRR_ANC_CON6_EDEMA, MRR_ANC_CON6_PULS, MRR_ANC_CON6_HR, MRR_ANC_CON6_RR, MRR_ANC_CON6_REFL

Required

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

 54. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la sexta visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>


Question Block: MRR_ANC_CON6_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_6, MRR_ANC_CON_BABY_FM_6

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

 55. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la sexta visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_7


Contains: MRR_ANC_SPE7, MRR_ANC_CON7_GESTAGE, MRR_ANC_SPE7_DOC, MRR_ANC_CON7, MRR_ANC_CON7_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 7)

Question: MRR_ANC_SPE7

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	


 56. Registre quién dio la atención prenatal durante la séptima visita

- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON7_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

 57. Edad gestacional


- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE7_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE7 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la séptima visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la séptima visita	

 58. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la séptima visita.


- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la séptima visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la séptima visita

Question Block: MRR_ANC_CON7

Contains: MRR_ANC_CON7_WT, MRR_ANC_CON7_BP, MRR_ANC_CON7_FUND, MRR_ANC_CON7_TEMP, MRR_ANC_CON7_EDEMA, MRR_ANC_CON7_PULS, MRR_ANC_CON7_HR, MRR_ANC_CON7_RR, MRR_ANC_CON7_REFL

Required

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


 59. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la séptima visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Presión arterial (PA)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardíaca (fc)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON7_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_7, MRR_ANC_CON_BABY_FM_7**Required**


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

 60. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la séptima visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardíaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_8**Contains:** MRR_ANC_SPE8, MRR_ANC_CON8_GESTAGE, MRR_ANC_SPE8_DOC, MRR_ANC_CON8, MRR_ANC_CON8_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 8)**Question:** MRR_ANC_SPE8**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 61. Registre quién dio la atención prenatal durante la octava visita

- ☐ Médico
☐ Médico pasante en servicio social
☐ Enfermera
☐ Enfermera pasante en servicio social
☐ Partera
☐ Trabajador se salud comunitario
☐ Pasante de servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON8_GESTAGE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

 62. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE8_DOC**Required**

Show if: (MRR_ANC_SPE8 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la octava visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la octava visita	



63. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la octava visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la octava visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la octava visita

Question Block: MRR_ANC_CON8**Contains:** MRR_ANC_CON8_WT, MRR_ANC_CON8_BP, MRR_ANC_CON8_FUND, MRR_ANC_CON8_TEMP, MRR_ANC_CON8_EDEMA, MRR_ANC_CON8_PULS, MRR_ANC_CON8_HR, MRR_ANC_CON8_RR, MRR_ANC_CON8_REFL**Required**

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



64. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la octava visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON8_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_8, MRR_ANC_CON_BABY_FM_8**Required**

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



65. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la octava visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_9**Contains:** MRR_ANC_SPE9, MRR_ANC_CON9_GESTAGE, MRR_ANC_SPE9_DOC, MRR_ANC_CON9, MRR_ANC_CON9_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 9)**Question:** MRR_ANC_SPE9**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador de salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	



66. Registre quién dio la atención prenatal durante la novena visita


- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social

- ☐
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON9_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

 67. Edad gestacional


- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE9_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE9 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la novena visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la novena visita	

 68. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la novena visita.


- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la novena visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la novena visita

Question Block: MRR_ANC_CON9

Contains: MRR_ANC_CON9_WT, MRR_ANC_CON9_BP, MRR_ANC_CON9_FUND, MRR_ANC_CON9_TEMP, MRR_ANC_CON9_EDEMA, MRR_ANC_CON9_PULS, MRR_ANC_CON9_HR, MRR_ANC_CON9_RR, MRR_ANC_CON9_REFL

Required

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

 69. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la novena visita de atención prenatal


	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON9_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_9, MRR_ANC_CON_BABY_FM_9

Required

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

 70. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la novena visita de la atención prenatal en relación al feto.

--	--	--

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_10

Contains: MRR_ANC_SPE10, MRR_ANC_CON10_GESTAGE, MRR_ANC_SPE10_DOC, MRR_ANC_CON10, MRR_ANC_CON10_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 10)

Question: MRR_ANC_SPE10

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

71. Registre quién dio la atención prenatal durante la décima visita

- ☐ Médico
☐ Médico pasante en servicio social
☐ Enfermera
☐ Enfermera pasante en servicio social
☐ Partera
☐ Trabajador se salud comunitario
☐ Pasante de servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON10_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

72. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE10_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE10 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la décima visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la décima visita	

73. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la décima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la décima visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la décima visita

Question Block: MRR_ANC_CON10

Contains: MRR_ANC_CON10_WT, MRR_ANC_CON10_BP, MRR_ANC_CON10_FUND, MRR_ANC_CON10_TEMP, MRR_ANC_CON10_EDEMA, MRR_ANC_CON10_PULS, MRR_ANC_CON10_HR, MRR_ANC_CON10_RR, MRR_ANC_CON10_REFL

Required

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


74. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la décima visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Temperatura (T°)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON10_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_10, MRR_ANC_CON_BABY_FM_10**Required**


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

 75. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la décima visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_11**Contains:** MRR_ANC_SPE11, MRR_ANC_CON11_GESTAGE, MRR_ANC_SPE11_DOC, MRR_ANC_CON11, MRR_ANC_CON11_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 11)**Question:** MRR_ANC_SPE11**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 76. Registre quién dio la atención prenatal durante la undécima visita

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Trabajador se salud comunitario
☐ Pasante de servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON11_GESTAGE**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

 77. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE11_DOC**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE11 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la undécima visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la undécima visita	

 78. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la undécima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la undécima visita

☐ Médico no dio la atención prenatal durante la undécima visita

Question Block: MRR_ANC_CON11

Contains: MRR_ANC_CON11_WT, MRR_ANC_CON11_BP, MRR_ANC_CON11_FUND, MRR_ANC_CON11_TEMP, MRR_ANC_CON11_EDEMA, MRR_ANC_CON11_PULS, MRR_ANC_CON11_HR, MRR_ANC_CON11_RR, MRR_ANC_CON11_REFL

Required

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

79. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la undécima visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON11_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_11, MRR_ANC_CON_BABY_FM_11

Required

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

80. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la undécima visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_12

Contains: MRR_ANC_SPE12, MRR_ANC_CON12_GESTAGE, MRR_ANC_SPE12_DOC, MRR_ANC_CON12, MRR_ANC_CON12_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 12)

Question: MRR_ANC_SPE12

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

81. Registre quién dio la atención prenatal durante la duodécima visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON12_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

82. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE12_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE12 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la duodécima visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la duodécima visita	

83. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la duodécima visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la duodécima visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la duodécima visita

Question Block: MRR_ANC_CON12

Contains: MRR_ANC_CON12_WT, MRR_ANC_CON12_BP, MRR_ANC_CON12_FUND, MRR_ANC_CON12_TEMP, MRR_ANC_CON12_EDEMA, MRR_ANC_CON12_PULS, MRR_ANC_CON12_HR, MRR_ANC_CON12_RR, MRR_ANC_CON12_REFL

Required

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

84. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la duodécima visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON12_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_12, MRR_ANC_CON_BABY_FM_12

Required

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

85. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la duodécima visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_13

Contains: MRR_ANC_SPE13, MRR_ANC_CON13_GESTAGE, MRR_ANC_SPE13_DOC, MRR_ANC_CON13, MRR_ANC_CON13_BABY


Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 13)

Question: MRR_ANC_SPE13

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	

2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	


 86. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimotercera visita

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Trabajador se salud comunitario
☐ Pasante de servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON13_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

 87. Edad gestacional


- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE13_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE13 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la decimotercera visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la decimotercera visita	

 88. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la decimotercera visita.


- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la decimotercera visita
☐ Médico no dio la atención prenatal durante la decimotercera visita

Question Block: MRR_ANC_CON13

Contains: MRR_ANC_CON13_WT, MRR_ANC_CON13_BP, MRR_ANC_CON13_FUND, MRR_ANC_CON13_TEMP, MRR_ANC_CON13_EDEMA, MRR_ANC_CON13_PULS, MRR_ANC_CON13_HR, MRR_ANC_CON13_RR, MRR_ANC_CON13_REFL

Required

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

 89. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la decimotercera visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>


Question Block: MRR_ANC_CON13_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_13, MRR_ANC_CON_BABY_FM_13

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Registrado	
0	No registrado	

 90. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la decimotercera visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_14


Contains: MRR_ANC_SPE14, MRR_ANC_CON14_GESTAGE, MRR_ANC_SPE14_DOC, MRR_ANC_CON14, MRR_ANC_CON14_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 14)

Question: MRR_ANC_SPE14

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	


 91. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador se salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON14_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

 92. Edad gestacional


- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE14_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE14 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita	

 93. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita.


- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita
- ☐ Médico no dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita

Question Block: MRR_ANC_CON14

Contains: MRR_ANC_CON14_WT, MRR_ANC_CON14_BP, MRR_ANC_CON14_FUND, MRR_ANC_CON14_TEMP, MRR_ANC_CON14_EDEMA, MRR_ANC_CON14_PULS, MRR_ANC_CON14_HR, MRR_ANC_CON14_RR, MRR_ANC_CON14_REFL

Required

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

 94. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la decimocuarta visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Temperatura (T°)	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON14_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_14, MRR_ANC_CON_BABY_FM_14

Required

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

95. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la decimocuarta visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_15

Contains: MRR_ANC_SPE15, MRR_ANC_CON15_GESTAGE, MRR_ANC_SPE15_DOC, MRR_ANC_CON15, MRR_ANC_CON15_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 15)

Question: MRR_ANC_SPE15

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador se salud comunitario	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

96. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Trabajador se salud comunitario
☐ Pasante de servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CON15_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	
0	No registrado	

97. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE15_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE15 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita	

98. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita.

- ☐ Médico dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita

☐ Médico no dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita

Question Block: MRR_ANC_CON15

Contains: MRR_ANC_CON15_WT, MRR_ANC_CON15_BP, MRR_ANC_CON15_FUND, MRR_ANC_CON15_TEMP, MRR_ANC_CON15_EDEMA, MRR_ANC_CON15_PULS, MRR_ANC_CON15_HR, MRR_ANC_CON15_RR, MRR_ANC_CON15_REFL

Required

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

99. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones durante la decimoquinta visita de atención prenatal

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial (PA)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Temperatura (T°)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON15_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_15, MRR_ANC_CON_BABY_FM_15

Required

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

100. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos durante la decimoquinta visita de la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: WOM_ANC_SPECIAL_EVER

Required

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

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

101. ¿En la atención prenatal fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?

☐ Sí, marcado por una notación ME en la firma

☐ Sí, marcado con un sello

☐ Sí, marcado con otro método (especificar):

☐ No

☐ No registrado

Question: WOM_ANC_SPECIAL_TYPE

Required

Show if: (WOM_ANC_SPECIAL_EVER is-any-of 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma] or 2:[Sí, marcado con un sello] or 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):]) and (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Obstetra	
2	Ginecólogo	
3	Gineco-obstetra	

4	Cirujano	
995	Otro (especificar):	
0	No	Never Shown
-1	No registrado	

102. ¿Que tipo fue la especialista que reviso la mujer?

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

Question: WOM_ANC_ULTRA_NUM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	Ninguna	
1	Uno	
2	Dos	
3	Tres	
995	Más de tres (especificar):	

103. ¿Cuántos ultrasonidos se registran?

- ☐ Ninguna
☐ Uno
☐ Dos
☐ Tres
☐ Más de tres (especificar):

Question: WOM_ANC_ULTRA1

Required

Show if: (WOM_ANC_ULTRA_NUM = 1:[Uno])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas de gestación:	
-1	No registrado	

104. ¿Cuándo le realizaron el primer ultrasonido?

- ☐ Semanas de gestación:
☐ No registrado

Question: WOM_ANC_ULTRA2

Required

Show if: (WOM_ANC_ULTRA_NUM = 2:[Dos])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas de gestación:	
-1	No registrado	

105. ¿Cuándo le realizaron el segundo ultrasonido?

- ☐ Semanas de gestación:
☐ No registrado

Question: WOM_ANC_ULTRA3

Required

Show if: (WOM_ANC_ULTRA_NUM = 3:[Tres])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas de gestación:	
-1	No registrado	

106. ¿Cuándo le realizaron el tercer ultrasonido?

- ☐ Semanas de gestación:
☐ No registrado

Revise si se administraron los siguientes medicamentos

Custom Layout Question: MRR_ANC_ANTIBIOTICS

107.

Nitrofurantoina
 Trimetoprima-sulfametoxazol
 Penicilina
 Antiretrovirales


Administrado

☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

Otro antibiótico (especificar) **Question Block:** MRR_ANC_GRAPH5**Contains:** MRR_ANC_WEIGHT_GRAPH, MRR_ANC_HEIGHT_GRAPH**Required**

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Llenado con curvas dibujadas	
2	Llenado con curvas construidas electrónicamente	
0	No llenado	
-1	No registrado	


 108. Anote si se llenaron los siguientes gráficas durante las visitas de atención prenatal

Gráfica de ganancia de peso	-- Seleccione uno -- <input type="button" value="v"/>
Gráfica de altura de fondo uterino	-- Seleccione uno -- <input type="button" value="v"/>

Question Block: MRR_ANC_LAB_TEST**Contains:** MRR_ANC_LAB_TEST_BG, MRR_ANC_LAB_TEST_RH, MRR_ANC_LAB_TEST_GLU, MRR_ANC_LAB_TEST_HIV, MRR_ANC_LAB_TEST_PLATE, MRR_ANC_LAB_TEST_ACIDBL, MRR_ANC_LAB_TEST_ACIDUR, MRR_ANC_LAB_TEST_VDRL, MRR_ANC_LAB_TEST_RPR, MRR_ANC_LAB_TEST_HB, MRR_ANC_LAB_TEST_URINE**Required**

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	


 109. Anote si se realizaron los siguientes análisis al menos una vez durante las visitas de atención prenatal

	Sí	No
Grupo sanguíneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factor RH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glucosa en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ordenó prueba de VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plaquetas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido úrico en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido úrico en orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VDRL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RPR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentración de Hb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen general de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Question: MRR_ANC_RUBELLA**Required**

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

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

 110. Se hizo prueba de anticuerpos para rubeola

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Custom Layout Question: MRR_ANC_LAB_RESULTS_BG 111. Resultado Fecha (DD/MM/AAAA)Grupo sanguíneo..... **Custom Layout Question:** MRR_ANC_LAB_RESULTS_RH 112. Resultado Fecha (DD/MM/AAAA)

Factor RH.....

Custom Layout Question: MRR_ANC_LAB_RESULTS_GLU

113. Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)
Glucosa en sangre.....

Custom Layout Question: MRR_ANC_LAB_RESULTS_VDRL

114. Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)
Prueba de VDRL.....

Custom Layout Question: MRR_ANC_LAB_RESULTS_RPR

115. Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)
Prueba de RPR.....

Custom Layout Question: MRR_ANC_LAB_RESULTS_HIV

116. Resultado Fecha (DD/MM/AAAA)
Prueba de VIH.....

Custom Layout Question: MRR_ANC_LAB_RESULTS_URINE

117. Tipo Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)
Examen general de orina

Question: MRR_ANC_VAGINITIS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

118. ¿Le diagnosticaron a la mujer vaginosis candidiana, candidiasis, vaginitis o tricomaniasis?
☐ Sí
☐ No

Question: MRR_ANC_HYPERTENSION**Required**

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

119. ¿Tuvo la mujer antecedentes de hipertensión arterial?
☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_DIABETES**Required**

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

120. ¿Tuvo la mujer antecedentes de diabetes mellitus?
☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CARDIO**Required**


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

121. ¿Tuvo la mujer cardiopatía?
☐ Sí

- ☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_NEFRO**Required**


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

 122. ¿Tuvo la mujer nefropatía?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_RH**Required**

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

 123. ¿Tuvo la mujer RH negativo con Coombs indirecto positivo?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_HEM**Required**

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

 124. ¿Tuvo la mujer hemorragia transvaginal durante el tercer trimestre?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_OTRO_COND**Required**

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

 125. ¿Tuvo la mujer otra enfermedad crónica o sistémica grave?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_HIST_ABORT**Required**


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

 126. ¿Tuvo la mujer antecedentes de dos o más abortos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_HIST_ECL**Required**

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

 127. ¿Tuvo la mujer antecedentes de preeclampsia - eclampsia?


- ☐ Sí

- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_HIST_MAL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	
-1	No registrado	
-2	No aplica (no hay nacimientos previos)	

 128. ¿En nacimientos anteriores tuvo la mujer antecedentes de malformaciones congénitas?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado
- ☐ No aplica (no hay nacimientos previos)

Question: MRR_ANC_REFTO

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 129. ¿Fue referida la mujer **A** otra unidad para la atención prenatal?


- ☐ Sí
- ☐ No

Question: MRR_ANC_REF_DATETO

Required

Show if: (MRR_ANC_REFTO = 1:[Sí])

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

 130. Fecha de referencia:


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

Question: MRR_ANC_REF_TIMETO

Required

Show if: (MRR_ANC_REFTO = 1:[Sí])

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

 131. Hora de referencia:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_REF_TYPTETO

Required

Show if: (MRR_ANC_REFTO = 1:[Sí])

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)	



132. Tipo de unidad de salud a que fue referida la mujer

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

Question: WOM_ANC_REF_MUNICIPTO

Required

Show if: (MRR_ANC_REFTO = 1:[S])

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

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



133. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Acacoyagua
- ☐ Acala
- ☐ Acapetahua
- ☐ Altamirano
- ☐ Amatán
- ☐ Amatenango de la Frontera
- ☐ Amatenango del Valle

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

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

Question: MRR_ANC_REF_NAMETO

Required

Show if: (MRR_ANC_REFTO = 1:[Sí])



134. ¿A cual unidad fue la mujer referida?

Question: MRR_ANC_PRE_OUT

Required

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Nacimiento	
2	Aborto	
3	Mortinato	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 135. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?


- ☐ Nacimiento
☐ Aborto
☐ Mortinato
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_DEL_MODE

Required

Show if: (MRR_ANC_PRE_OUT = 1:[Nacimiento])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Parto con ventosa	
3	Parto con forceps	
4	Parto vaginal con feto en presentación podálica	
5	Cesárea	
6	Espátula	
7	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 136. Tipo de nacimiento


- ☐ Parto vaginal
☐ Parto con ventosa
☐ Parto con forceps
☐ Parto vaginal con feto en presentación podálica
☐ Cesárea
☐ Espátula
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_CSECT_TYPE

Required

Show if: (MRR_ANC_DEL_MODE = 5:[Cesárea])

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

 137. Especifique el tipo de cesárea

- ☐ Cesárea de emergencia
☐ Cesárea electiva
☐ No registrado

Jump-To: JMP_ABORTO

Description:

Jump-To-Item: MRR_APP_FP

Jump-If: (MRR_ANC_PRE_OUT = 2:[Aborto]) and (MRR_RECORDS is-any-of)

Jump-To: JMP_STILBIRTH

Description:

Jump-To-Item: MRR_APP_FP

Jump-If: (MRR_ANC_PRE_OUT = 3:[Mortinato]) and (MRR_RECORDS is-any-of)

Collection: MRR_DELIVERY

Contains: MRR_DEL_ADM_DATE, MRR_DEL_ADM_TIME, MRR_DEL_DATE, MRR_DEL_TIME, MRR_DEL_GEST, MRR_DEL_REFFROM, MRR_DEL_REF_ACCOMFROM, MRR_DEL_REF_DATEFROM, MRR_DEL_REF_TIMEFROM, MRR_DEL_REF_REASFROM, MRR_DEL_REF_TYPEFROM, MRR_DEL_REF_MUNICIPFROM, MRR_DEL_REF_FROMNAME, MRR_WOM_ARRIVE, MRR_AC_MIDWIFE, MRR_AC_COM_WOR, MRR_AC_WHO, MRR_WOM_HYPERDY, MRR_WOM_HYPO, MRR_WOM_PELVIC, MRR_WOM_AMNI, MRR_WOM_RUPTURA, MRR_OXY_1MIN, MRR_OTH_1MIN, MRR_OXY, MRR_UT_MAS, MRR_UMB_CORD, MRR_UMB_PIN, MRR_PAR, FHR_30_MIN, FHR_110, NOTE_FHR_110, NOTE_FHR_DES_110, NOTE_FHR, NOTE_FHR_DES, NOTE_CURVA, NOTE_SUPERO, NOTE_CURVA_DES, MRR_FET_HEART, MRR_FET_HEART_DES, MRR_DEL_MODE, MRR_DEL_CSECT_TYPE, MRR_WOM_IV, MRR_DEL_REFTO, MRR_DEL_REF_DATETO, MRR_DEL_REF_TIMETO, MRR_DEL_REF_ACCOMTO, MRR_DEL_REF_TYPTO, MRR_DEL_REF_MUNICIPTO, MRR_DEL_REF_NAMETO

Show if: (MRR_RECORDS is-any-of)

Atención al nacimiento

Question: MRR_DEL_ADM_DATE

Required


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

 138. Fecha de ingreso

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

Question: MRR_DEL_ADM_TIME**Required**


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

 139. Hora de ingreso

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_DATE**Required**


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

 140. Fecha en que ocurrió el nacimiento

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

Question: MRR_DEL_TIME**Required**


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

 141. Hora en que ocurrió el nacimiento

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_GEST**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Edad (en semanas):	
-1	No registrado	

 142. Edad gestacional del bebé al nacimiento

- ☐ Edad (en semanas):
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_REFFROM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 143. Indique si la mujer fue referida/traslado desde otra unidad de salud

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: MRR_DEL_REF_ACCOMFROM**Required****Show if:** (MRR_DEL_REFFROM = 1:[Sí])


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

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

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

Question: MRR_DEL_REF_DATEFROM**Required****Show if:** (MRR_DEL_REFFROM = 1:[Sí])


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

 145. Fecha de referencia/traslado:

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

Question: MRR_DEL_REF_TIMEFROM
Required
Show if: (MRR_DEL_REFFROM = 1:[Sí])


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

 146. Hora de referencia/traslado:

- ☐ Hora (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_REF_REASFROM
Required
Show if: (MRR_DEL_REFFROM = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Baja frecuencia cardiaca fetal	
2	Sangrado	
3	Feto muy grande	
4	Cabeza del feto por arriba del pubis	
5	Hipodinamia uterina	
6	Hipertonía uterina	
7	Trabajo de parto prolongado	
995	Otra (especificar)	
-1	No registrado	

 147. Razón por la que fue referida/traslado desde otra unidad de salud

- ☐ Baja frecuencia cardiaca fetal
- ☐ Sangrado
- ☐ Feto muy grande
- ☐ Cabeza del feto por arriba del pubis
- ☐ Hipodinamia uterina
- ☐ Hipertonía uterina
- ☐ Trabajo de parto prolongado
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_REF_TYPEFROM
Required
Show if: (MRR_DEL_REFFROM = 1:[Sí])

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)	

 148. Tipo de unidad de salud desde la cual fue referida/traslado la mujer:

- ☐ Casa de Salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización

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

Question: MRR_DEL_REF_MUNICIPFROM

Required

Show if: (MRR_DEL_REFFROM = 1:[S])

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

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



149. ¿Desde cual municipio fue la unidad?

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

- ☐ Bochil
- ☐ El Bosque
- ☐ Cacahoatán
- ☐ Catazajá
- ☐ Cintalapa
- ☐ Coapilla
- ☐ Comitán de Domínguez
- ☐ La Concordia
- ☐ Copainalá
- ☐ Chalchihuitán
- ☐ Chamula
- ☐ Chanal
- ☐ Chapultenango
- ☐ Chenalhó
- ☐ Chiapa de Corzo
- ☐ Chiapilla
- ☐ Chicoasén
- ☐ Chicomuselo
- ☐ Chilón
- ☐ Escuintla
- ☐ Francisco León
- ☐ Frontera Comalapa
- ☐ Frontera Hidalgo
- ☐ La Grandeza
- ☐ Huehuetán
- ☐ Huixtán
- ☐ Huitiupán
- ☐ Huixtla
- ☐ La Independencia
- ☐ Ixhuitán
- ☐ Ixtacomitán
- ☐ Ixtapa
- ☐ Ixtapangajoya
- ☐ Jiquipilas
- ☐ Jitolol
- ☐ Juárez
- ☐ Larráinzar
- ☐ La Libertad
- ☐ Mapastepec
- ☐ Las Margaritas
- ☐ Mazapa de Madero
- ☐ Mazatán
- ☐ Metapa
- ☐ Mitontic
- ☐ Motozintla
- ☐ Nicolás Ruíz
- ☐ Ocosingo
- ☐ Ocotepec
- ☐ Ocozacoautla de Espinosa
- ☐ Ostuacán
- ☐ Osumacinta
- ☐ Oxchuc
- ☐ Palenque
- ☐ Pantelhó
- ☐ Pantepec
- ☐ Pichucalco
- ☐ Pijijiapan
- ☐ El Porvenir
- ☐ Villa Comaltitlán
- ☐ Pueblo Nuevo Solistahuacán
- ☐ Rayón
- ☐ Reforma
- ☐ Las Rosas
- ☐ Sabanilla

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

Question: MRR_DEL_REF_FROMNAME

Required

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



150. ¿Desde cual unidad fue la mujer referida/traslado?

Question: MRR_WOM_ARRIVE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	Never Shown
2	Parto inminente	
3	Cesárea Programada	
0	No	
-1	No registrado	



151. ¿Mujer llegó en expulsivo o es cesárea electiva?


- ☐ Si
- ☐ Parto inminente
- ☐ Cesárea Programada
- ☐ No

☐ No registrado

Question: MRR_AC_MIDWIFE

Required

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


 152. Mujer acompañada por una partera para atender el nacimiento en la unidad médica

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_AC_COM_WOR

Required

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

 153. Mujer acompañada por una trabajadora comunitaria para atender el nacimiento en la unidad médica

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_AC_WHO

Minimum checks: 1


 154. Atendió parto:

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera auxiliar
- ☐ Estudiante
- ☐ Empir.
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_HYPERDY

Required

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


 155. ¿Tuvo la mujer hiperdinamia?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_HYPO

Required

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


 156. ¿Tuvo la mujer hipodinamia?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_PELVIC

Required

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

 157. ¿Tuvo la mujer desproporción pélvica o anomalías de la presentación o de partes blandas?


- ☐ Sí

- ☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_AMNI

Required

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


 158. ¿Se le practico a la mujer amniotomía?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_RUPTURA

Required


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

 159. ¿Tuvo la mujer ruptura espontánea de membranas (RAM)?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Registre si se administró a la mujer:

Custom Layout Question: MRR_OXY_1

 160. Administrado Fecha/hora registrado


Oxitocina
Otros uterotónicos

Question: MRR_OXY_1MIN

Required

Show if: (MRR_OXY_ADMIN_OXY_REGISTER = 1)

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

 161. ¿Se administró la oxitocina dentro de un minuto después del parto?

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_OTH_1MIN

Required

Show if: (MRR_OXY_ADMIN_OTH_REGISTER = 1)

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

 162. ¿Se administró el otro uterotónico dentro de un minuto después del parto?


- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

Custom Layout Question: MRR_OXY_2

 163. Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)


Oxitocina

Custom Layout Question: MRR_OXY_3

 164. Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Otros uterotónicos


Question: MRR_OXY

Minimum checks: 1**Show if:** (MRR_OXY_ADMIN_OXY = 1) 165. Forma de administración de la oxitocina:

- ☐ Intramuscular
☐ Intravenosa
☐ No registrado

Question: MRR_UT_MAS**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 166. Registro de masaje uterino

- ☐ Si
☐ No

Question: MRR_UMB_CORD**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 167. Registro de tracción del cordón umbilical

- ☐ Si
☐ No

Question: MRR_UMB_PIN**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 168. Registro de pinzamiento tardío del cordón umbilical

- ☐ Si
☐ No

Question: MRR_PAR**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Incluido en el expediente y llenado	
2	Incluido pero no llenado	
-1	No incluido	

 169. Partograma

- ☐ Incluido en el expediente y llenado
☐ Incluido pero no llenado
☐ No incluido

Revise el partograma y anote si se registró la siguiente información

Custom Layout Question: MRR_PAR_REV 170.

Registrado

- Nombre de la paciente
- Curva completa hasta el momento del nacimiento
- Representación gráfica de la frecuencia cardíaca fetal
- Gráfica de la frecuencia de contracciones uterinas
- Interpretación de cambios en contracciones uterinas
- Presión arterial (PA)
- Pulso
- Frecuencia cardíaca (fc)
- Posición del bebé
- Intensidad de las contracciones
- Localización del dolor
- Intensidad del dolor

Custom Layout Question: MRR_PAR_CALC

171. Registrado

¿Registro de frecuencia cardíaca fetal y curva de alerta? ☐

¿Dilatación > 4.5 cm? ☐

¿Frecuencia cardíaca fetal < 120 lm? ☐

¿Se superó la curva de alerta? ☐

Question: FHR_30_MIN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

172. ¿Frecuencia cardíaca fetal fue registrado cada 30 minutos?

☐ Sí

☐ No

Question: FHR_110

Required

Show if: (MRR_PAR_REV_OBS_FHR = 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

173. ¿Frecuencia cardíaca fetal < 110 lm?

☐ Sí

☐ No

Question: NOTE_FHR_110

Required

Show if: (FHR_110 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

174. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si FCF < 110?

☐ Sí

☐ No

Question: NOTE_FHR_DES_110

Minimum checks: 1

Show if: (NOTE_FHR_110 = 1:[Sí])

175. ¿Cuales de las siguientes decisiones se incluyen en la nota?

☐ Cesárea

☐ Traslado / Referencia

☐ Monitoreo electrónico fetal

☐ Monitoreo clínico cada 15 minutos

☐ Oxígeno

☐ Decúbito lateral izquierdo

☐ Expansión volumétrica: administración de soluciones cristaloides (aplicación de suero)

☐ Uso de beta-bloqueadores

☐ Ruptura artificial de membranas

☐ Otro: especificar

Question: NOTE_FHR

Required

Show if: (MRR_PAR_REV_OBS_FHR = 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

176. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si FCF < 120?

☐ Sí

☐ No

Question: NOTE_FHR_DES

Minimum checks: 1

Show if: (NOTE_FHR = 1:[Sí])


177. ¿Cuales de las siguientes se incluyen en la nota?

☐ Cesárea

- ☐ Traslado / Referencia
☐ Monitoreo electrónico fetal
☐ Monitoreo clínico cada 15 minutos
☐ Oxígeno
☐ Decúbito lateral izquierdo
☐ Expansión volumétrica: administración de soluciones cristaloides (aplicación de suero)
☐ Uso de beta-bloqueadores
☐ Ruptura artificial de membranas
☐ Otro: especificar

Question: NOTE_CURVA**Required****Show if:** (MRR_PAR_REV_OBS_REG = 1)


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 178. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si dilatación > 4.5 cm?

- ☐ Sí
☐ No


Question: NOTE_SUPERO**Required****Show if:** (MRR_PAR_REV_OBS_SUPERO = 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 179. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si se superó la curva de alerta?

- ☐ Sí
☐ No


Question: NOTE_CURVA_DES**Minimum checks:** 1**Show if:** (NOTE_CURVA = 1:[Sí]) or (NOTE_SUPERO = 1:[Sí])

 180. ¿Cuales de las siguientes se incluyen en la nota?

- ☐ Nota especificando no hacer nada (evolución espontánea).
☐ Traslado / Referencia
☐ Reportar a otro médico
☐ Oxitocina
☐ Ruptura artificial de membranas
☐ Cesárea
☐ Monitoreo frecuente del trabajo de parto
☐ Nota especificando nuevo curso de acción
☐ Otro: especificar

Question: MRR_FET_HEART**Required****Show if:** (MRR_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 181. ¿Se observe un descenso en la frecuencia cardiaca fetal?

-- Seleccione uno --

Question: MRR_FET_HEART_DES**Required****Show if:** (MRR_FET_HEART = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se refirió a otra unidad de salud	
2	Operación cesárea	
3	Dio a luz en esta unidad de salud	
995	Otro (especificar)	

 182. Registre qué se hizo si hubo descenso de la frecuencia cardiaca fetal

- ☐ Se refirió a otra unidad de salud
☐ Operación cesárea
☐ Dio a luz en esta unidad de salud
☐ Otro (especificar)

Question: MRR_DEL_MODE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Parto con ventosa	
3	Parto con forceps	
4	Parto vaginal con feto en presentación podálica	
5	Cesárea de emergencia	
6	Cesárea electiva	
7	Espátula	
8	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



183. Tipo de nacimiento

- ☐ Parto vaginal
☐ Parto con ventosa
☐ Parto con forceps
☐ Parto vaginal con feto en presentación podálica
☐ Cesárea de emergencia
☐ Cesárea electiva
☐ Espátula
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Question: MRR_DEL_CSECT_TYPE**Required****Show if:** (MRR_DEL_MODE = 5:[Cesárea de emergencia])

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



184. Especifique el tipo de cesárea

- ☐ Cesárea de emergencia
☐ Cesárea electiva
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_IV**Required****Show if:** (MRR_DEL_CSECT_TYPE ≠ 1:[Cesárea de emergencia])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

185. ¿La mujer recibió infusiones endovenosas **durante el parto**?

- ☐ Sí
☐ No

Question: MRR_DEL_REFTO**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



186. Indique si la mujer fue referida/traslado A otra unidad de salud

-- Seleccione uno --

Question: MRR_DEL_REF_DATETO**Required****Show if:** (MRR_DEL_REFTO = 1:[Si])

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



187. Fecha de referencia/traslado:

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

Question: MRR_DEL_REF_TIMETO**Required**

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

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

188. Hora de referencia/traslado:

- ☐ Hora (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_REF_ACCOMTO

Required

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

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

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

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

Question: MRR_DEL_REF_TYPETO

Required

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

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

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

- ☐ Casa de Salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
- ☐ Unidad de Especialidades Médicas
- ☐ Unidad móvil
- ☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos

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

Question: MRR_DEL_REF_MUNICIPTO

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Acacoyagua	
2	Acala	
3	Acapetahua	
4	Altamirano	
5	Amatán	
6	Amatenango de la Frontera	
7	Amatenango del Valle	
8	Ángel Albino Corzo	
9	Arriaga	
10	Bejucal de Ocampo	
11	Bella Vista	
12	Berriozábal	
13	Bochil	
14	El Bosque	
15	Cacahoatán	
16	Catazajá	
17	Cintalapa	
18	Coapilla	
19	Comitán de Domínguez	
20	La Concordia	
21	Copainalá	
22	Chalchihuitán	
23	Chamula	
24	Chana'el	
25	Chapultenango	
26	Chenalhó	
27	Chiapa de Corzo	
28	Chiapilla	
29	Chicoasén	
30	Chicomuselo	
31	Chilón	
32	Escuintla	
33	Francisco León	
34	Frontera Comalapa	
35	Frontera Hidalgo	
36	La Grandeza	
37	Huehuetán	
38	Huixtán	
39	Huitiupán	
40	Huixtla	
41	La Independencia	
42	Ixhuatán	
43	Ixtacomitán	
44	Ixtapa	
45	Ixtapangajoyá	
46	Jiquipilas	
47	Jitolol	
48	Juárez	
49	Larráinzar	
50	La Libertad	
51	Mapastepec	
52	Las Margaritas	
53	Mazapa de Madero	
54	Mazatán	
55	Metapa	
56	Mitontic	
57	Motozintla	
58	Nicolás Ruíz	
59	Ocosingo	
60	Ocoatepec	
61	Ocozacoautla de Espinosa	
62	Ostucán	
63	Osumacinta	
64	Oxchuc	
65	Palenque	
66	Pantelhó	
67	Pantepec	
68	Pichucalco	
69	Pijijiapan	
70	El Porvenir	
71	Villa Comaltitlán	

72	Pueblo Nuevo Solistahuacán	
73	Rayón	
74	Reforma	
75	Las Rosas	
76	Sabanilla	
77	Salto de Agua	
78	San Cristóbal de las Casas	
79	San Fernando	
80	Siltepec	
81	Simojovel	
82	Sitalá	
83	Socoltenango	
84	Solosuchiapa	
85	Soyaló	
86	Suchiapa	
87	Suchiate	
88	Sunuapa	
89	Tapachula	
90	Tapalapa	
91	Tapilula	
92	Tecpatán	
93	Tenejapa	
94	Teopisca	
96	Tila	
97	Tonalá	
98	Totolapa	
99	La Trinitaria	
100	Tumbalá	
101	Tuxtla Gutiérrez	
102	Tuxtla Chico	
103	Tuzantán	
104	Tzimol	
105	Unión Juárez	
106	Venustiano Carranza	
107	Villa Corzo	
108	Villaflores	
109	Yajalón	
110	San Lucas	
111	Zinacantán	
112	San Juan Cancuc	
113	Aldama	
114	Benemérito de las Américas	
115	Maravilla Tenejapa	
116	Marqués de Comillas	
117	Montecristo de Guerrero	
118	San Andrés Duraznal	
119	Santiago el Pinar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



191. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Acacoyagua
- ☐ Acala
- ☐ Acapetahua
- ☐ Altamirano
- ☐ Amatán
- ☐ Amatenango de la Frontera
- ☐ Amatenango del Valle
- ☐ Ángel Albino Corzo
- ☐ Arriaga
- ☐ Bejucal de Ocampo
- ☐ Bella Vista
- ☐ Berriozábal
- ☐ Bochil
- ☐ El Bosque
- ☐ Cacaohatán
- ☐ Catazajá
- ☐ Cintalapa
- ☐ Coapilla
- ☐ Comitán de Domínguez
- ☐ La Concordia
- ☐ Copainalá
- ☐ Chalchihuitán
- ☐ Chamula
- ☐ Chanal
- ☐ Chapultenango
- ☐ Chenalhó
- ☐ Chiapa de Corzo

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

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

Question: MRR_DEL_REF_NAMETO

Required

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

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

Collection: MRR_POSTPARTUM

Contains: MRR_POS_REFFROM, MRR_POS_REF_ACCOMFROM, MRR_POS_REF_DATEFROM, MRR_POS_REF_TIMEFROM, MRR_POS_REF_TYPEFROM, MRR_POS_REF_MUNICIPFROM, MRR_POS_REF_NAMEFROM, MRR_POS_DOB, MRR_POS_DOB_TIME, MRR_POS_GEST, MRR_WOM_HIV, MRR_WOM_VDRL, MRR_WOM_TB, MRR_POS_SPEC, MRR_WOM_LOCHIAS_NUM_FIRST, MRR_WOM_LOCHIAS_LOOKS_FIRST, MRR_WOM_LOCHIAS_ODOR_FIRST, MRR_POS_ATTACH, MRR_WOM_TEMP_37, MRR_WOM_LOCHIAS_NUM_DIS, MRR_WOM_LOCHIAS_LOOKS_DIS, MRR_WOM_LOCHIAS_ODOR_DIS, MRR_POS_SPEC, MRR_POS_OUT, MRR_POS_OUT_BIRTH, MRR_POS_CSECT_TYPE, MRR_POS_TYPE, MRR_POS_BABY_GEN, MRR_POS_BABY_GEN_TWINS, MRR_POS_BABY_GEN_GENDER, MRR_NEW_ATT, MRR_APP_FP, MRR_APP_FP_INFORM, MRR_NAME_FP, MRR_DISPOSITION, MRR_DISPOSITION_REF, MRR_REF_REASTO, MRR_POS_REF_NAMETO, MRR_POS_REF_TYPTO, MRR_DIS_DATE, MRR_DIS_TIME, MRR_DEATH_DATE, MRR_DEATH_TIME

Show if: (MRR_RECORDS is-any-of)

Período posparto

Question: MRR_POS_REFFROM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

193. ¿Fue referida/traslado la mujer desde otra unidad de salud después del parto para atención post-parto inmediato?

- ☐ Sí
☐ No

Question: MRR_POS_REF_ACCOMFROM

Required

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

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

194. ¿El niño fue acompañado por un trabajador de la unidad de salud?

- ☐ Si, por un médico


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

Question: MRR_POS_REF_DATEFROM

Required

Show if: (MRR_POS_REFFROM = 1:[S])

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

 195. Fecha de referencia/traslado:


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

Question: MRR_POS_REF_TIMEFROM

Required

Show if: (MRR_POS_REFFROM = 1:[S])

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

 196. Hora de referencia/traslado:


- ☐ Hora (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_POS_REF_TYPEFROM

Required

Show if: (MRR_POS_REFFROM = 1:[S])

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)	

 197. Tipo de unidad de salud desde la cual fue referida/traslado la mujer:

- ☐ Casa de Salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
- ☐ Unidad de Especialidades Médicas
- ☐ Unidad móvil
- ☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos

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

Question: MRR_POS_REF_MUNICIPFROM

Required

Show if: (MRR_POS_REFFROM = 1:[S])

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

71	Villa Comaltitlán	
72	Pueblo Nuevo Solistahuacán	
73	Rayón	
74	Reforma	
75	Las Rosas	
76	Sabanilla	
77	Salto de Agua	
78	San Cristóbal de las Casas	
79	San Fernando	
80	Siltepec	
81	Simojovel	
82	Sitalá	
83	Socoltenango	
84	Solosuchiapa	
85	Soyaló	
86	Suchiapa	
87	Suchiate	
88	Sunuapa	
89	Tapachula	
90	Tapalapa	
91	Tapilula	
92	Tecpatán	
93	Tenejapa	
94	Teopisca	
96	Tila	
97	Tonalá	
98	Totolapa	
99	La Trinitaria	
100	Tumbalá	
101	Tuxtla Gutiérrez	
102	Tuxtla Chico	
103	Tuzantán	
104	Tzimol	
105	Unión Juárez	
106	Venustiano Carranza	
107	Villa Corzo	
108	Villaflores	
109	Yajalón	
110	San Lucas	
111	Zinacantan	
112	San Juan Cancuc	
113	Aldama	
114	Benemérito de las Américas	
115	Maravilla Tenejapa	
116	Marqués de Comillas	
117	Montecristo de Guerrero	
118	San Andrés Duraznal	
119	Santiago el Pinar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



198. ¿Desde cual municipio fue la unidad?

- ☐ Acacoyagua
- ☐ Acala
- ☐ Acapetahua
- ☐ Altamirano
- ☐ Amatán
- ☐ Amatenango de la Frontera
- ☐ Amatenango del Valle
- ☐ Ángel Albino Corzo
- ☐ Arriaga
- ☐ Bejuca de Ocampo
- ☐ Bella Vista
- ☐ Berriozábal
- ☐ Bochil
- ☐ El Bosque
- ☐ Cacahoatán
- ☐ Catzajá
- ☐ Cintalapa
- ☐ Coapilla
- ☐ Comitán de Domínguez
- ☐ La Concordia
- ☐ Copainalá
- ☐ Chalchihuitán
- ☐ Chamula
- ☐ Chanal
- ☐ Chapultenango
- ☐ Chenalhó

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

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

Question: MRR_POS_REF_NAMEFROM

Required

Show if: (MRR_POS_REFFROM = 1:[S])

199. ¿Desde cual unidad fue la mujer transferida?



Question: MRR_POS_DOB

Required

Show if: (MRR_RECORDS is-none-of)

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

200. Fecha del nacimiento



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

Question: MRR_POS_DOB_TIME

Required

Show if: (MRR_RECORDS is-none-of)

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

201. Hora del nacimiento



- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_POS_GEST

Required

Show if: (MRR_RECORDS is-none-of)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Edad (en semanas):	
-1	No registrado	

202. Edad gestacional del bebé al nacimiento




Edad (en semanas):

- ☐
- ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_HIV
Required


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

 203. ¿Tuvo la mujer un resultado positivo para la prueba de VIH?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_VDRL
Required


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

 204. ¿Tuvo la mujer un resultado positivo para la prueba de VDRL (sífilis)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_TB
Required

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

 205. ¿Tuvo la mujer un resultado positivo para la prueba de tuberculosis (TB)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado


Revise la información de atención post-parto y registre si se realizaron las siguientes mediciones después del nacimiento para la mujer.

Registre "-1" si la informacion no esta disponible.

Cada pregunta/espacio requiere una respuesta.

Question: MRR_POS_SPEC
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador de salud comunitaria	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 206. Persona que dio la atención post-parto para la madre

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador de salud comunitaria
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Custom Layout Question: MRR_POS3_CHECK

 207.

	Número de veces durante las primeras 2 horas	Número de veces durante la primera hora	Número de veces durante la la segunda hora
Presión arterial (PA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Frecuencia cardiaca (fc)			
Frecuencia respiratoria (fr)			
Revisión de las características de loquios			
Revisión de presencia anormal de sangrado			
Involución uterina			
Otro (especifique)			

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_NUM_FIRST

Required

Show if: (MRR_POS3_CHECK_LOCHIA_NUM ≠ 0:[No registrado]) and (MRR_POS3_CHECK_LOCHIA_4X1 ≠ 0:[No registrado]) and (MRR_POS3_CHECK_LOCHIA_2X2 ≠ 0:[No registrado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Loquios normales	
2	Loquios abundantes	
-1	No registrado	

208. Cantidad de los loquios durante el primer revisión:

- ☐ Loquios normales
☐ Loquios abundantes
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_LOOKS_FIRST

Required

Show if: (MRR_POS3_CHECK_LOCHIA_NUM ≠ 0:[No registrado]) and (MRR_POS3_CHECK_LOCHIA_4X1 ≠ 0:[No registrado]) and (MRR_POS3_CHECK_LOCHIA_2X2 ≠ 0:[No registrado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Loquios normales	
2	Presencia de sólodos	
-1	No registrado	

209. Aspecto de los loquios durante el primer revisión:

- ☐ Loquios normales
☐ Presencia de sólodos
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_ODOR_FIRST

Required

Show if: (MRR_POS3_CHECK_LOCHIA_NUM ≠ 0:[No registrado]) and (MRR_POS3_CHECK_LOCHIA_4X1 ≠ 0:[No registrado]) and (MRR_POS3_CHECK_LOCHIA_2X2 ≠ 0:[No registrado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Loquios normales	
2	Olores fétidos	
-1	No registrado	

210. Olor de los loquios durante el primer revisión:

- ☐ Loquios normales
☐ Olores fétidos
☐ No registrado

Question: MRR_POS_ATTACH

Required

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

211. ¿El bebé se realizó Apego Precoz dentro de 30 minutos del parto?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_TEMP_37

Required

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

212. ¿Tuvo la mujer temperatura por encima de los 37° C en cualquier momento?



- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Revise la sección de egreso en el expediente médico y anote cuántas veces se realizaron las siguientes mediciones

Custom Layout Question: MRR_DIS_CHECK1



213.

Registrado Valores / Notas

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Presión arterial (PA)



/

Temperatura (T°)



Pulso



Frecuencia cardiaca (fc)



Frecuencia respiratoria (fr)



Promoción de la lactancia
maternal



Promoción del Apego Precoz



Involución uterina



Presencia de sangrado o
hemorragia



Revisión de presencia anormal
de sangrado



Revisión de las características
de loquios



Revisión vaginal



Otro (especifique)



Question: MRR_WOM_LOCHIAS_NUM_DIS

Required

Show if: (MRR_DIS_CHECK_LOCHIA_REG = 1:[Registrado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Loquios normales	
2	Loquios abundantes	
-1	No registrado	



214. Cantidad de los loquios en la revisión del egreso:

- ☐ Loquios normales
☐ Loquios abundantes
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_LOOKS_DIS

Required

Show if: (MRR_DIS_CHECK_LOCHIA_REG = 1:[Registrado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Loquios normales	
2	Presencia de sóldos	
-1	No registrado	



215. Aspecto de los loquios en la revisión del egreso:

- ☐ Loquios normales
☐ Presencia de sóldos
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_ODOR_DIS

Required

Show if: (MRR_DIS_CHECK_LOCHIA_REG = 1:[Registrado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Loquios normales	
2	Olores fétidos	
-1	No registrado	




216. Olor de los loquios en la revisión del egreso:

- ☐ Loquios normales
☐ Olores fétidos
☐ No registrado

Question: MMR_POS_SPEC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador de salud comunitaria	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 217. Persona que dio la atención post-parto para la madre

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Trabajador de salud comunitaria
☐ Pasante de servicio social
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Question: MRR_POS_OUT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Nacimiento	
3	Mortinato	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 218. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?


- ☐ Nacimiento
☐ Mortinato
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Question: MRR_POS_OUT_BIRTH

Required

Show if: (MRR_POS_OUT = 1:[Nacimiento]) and (MRR_DEL_MODE was-not-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Parto con ventosa	
3	Parto con forceps	
4	Parto vaginal con feto en presentación podálica	
5	Cesárea	
6	Espátula	
7	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 219. Tipo:


- ☐ Parto vaginal
☐ Parto con ventosa
☐ Parto con forceps
☐ Parto vaginal con feto en presentación podálica
☐ Cesárea
☐ Espátula
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Question: MRR_POS_CSECT_TYPE

Required

Show if: (MRR_DEL_CSECT_TYPE was-not-answered) and (MRR_POS_OUT_BIRTH = 5:[Cesárea])

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

 220. Especifique el tipo de cesárea

- ☐ Cesárea de emergencia
☐ Cesárea electiva
☐ No registrado

Question: MRR_POS_TYPE

Required

Show if: (MRR_POS_OUT = 1:[Nacimiento])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Un solo bebé	
2	2 bebés	
3	3 bebés	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



221. Tipo de nacimiento:

☐ Un solo bebé☐ 2 bebés☐ 3 bebés☐ Otro (especificar):☐ No registrado**Question:** MMR_POS_BABY_GEN**Required****Show if:** (MRR_POS_TYPE = 1:[Un solo bebé])

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



222. Sexo del bebé:

☐ Masculino☐ Femenino☐ No registrado**Question:** MMR_POS_BABY_GEN_TWINS**Required****Show if:** (MRR_POS_OUT = 1:[Nacimiento]) and (MRR_POS_TYPE = 2:[2 bebés])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Masculinos	
2	Femeninos	
3	Masculino y femenino	
0	No registrado	



223. Sexo de los bebés:

☐ Masculinos☐ Femeninos☐ Masculino y femenino☐ No registrado**Question:** MRR_POS_BABY_GEN_GENDER**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR_POS_TYPE = 3:[3 bebés])

224. Indique el numero de bebés masculinos y femeninos

☐ Masculino☐ Femenino☐ No registrado**Question:** MRR_NEW_ATT**Required****Show if:** (MRR_POS_OUT ≠ 3:[Mortinato])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Pasante de servicio social	
0	Nadie	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



225. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

☐ Médico☐ Enfermera☐ Partera☐ Pasante de servicio social☐ Nadie☐ Otro (especificar):☐ No registrado

Registre si los siguientes procedimientos se realizaron al bebé y registre la fecha y hora para cada procedimiento

Si la mujer tenía bebés múltiples, reporte todas procedures para un bebé aquí. En la siguiente página reporte procedures para el otro bebé(s).

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK1

226.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Administración de vitamina K.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de oxitetraciclina oftálmica como profilaxis o clorafenicol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curación del cordón umbilical con agua y clorhexidina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curación del cordón umbilical con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación para presencia de malformaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación del color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de vacuna BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Determinación de la Edad Gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación de los signos de peligro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promoción de la lactancia materna y el Apego Precoz	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes mediciones, sus valores y fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK2

227.	Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Medición de APGAR 1 minuto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medición de APGAR 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardíaca (fc)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Circunferencia cefálica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Registre si los siguientes procedimientos se realizaron al segundo bebé y registre la fecha y hora para cada procedimiento

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK1_2

228.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Administración de vitamina K.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de oxitetraciclina oftálmica como profilaxis o clorafenicol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curación del cordón umbilical con agua y clorhexidina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curación del cordón umbilical con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación para presencia de malformaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación del color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de vacuna BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Determinación de la Edad Gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación de los signos de peligro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promoción de la lactancia materna y el Apego Precoz	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron las siguientes mediciones, sus valores y fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK2_2

229.

Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Medición de APGAR 1 minuto			
Medición de APGAR 5 minutos			
Pulso			
Frecuencia cardiaca (fc)			
Frecuencia respiratoria (fr)			
Peso			
Talla			
Circunferencia cefálica			
Temperatura (T°)			

Registre si los siguientes procedimientos se realizaron al tercero bebé y registre la fecha y hora para cada procedimiento

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK1_3

230.

Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Administración de vitamina K.		
Administración de oxitetraciclina oftálmica como profilaxis o clorafenicol		
Curación del cordón umbilical con agua y clorhexidina		
Curación del cordón umbilical con alcohol		
Evaluación para presencia de malformaciones		
Evaluación del color de la piel		
Administración de vacuna BCG		
Determinación de la Edad Gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado		
Evaluación de los signos de peligro		
Promoción de la lactancia materna y el Apego Precoz		

Anote si se realizaron las siguientes mediciones, sus valores y fecha y hora de la primera medición

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK2_3


231.

Registrado (Sí/No)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Medición de APGAR 1 minuto			
Medición de APGAR 5 minutos			
Pulso			
Frecuencia cardiaca (fc)			
Frecuencia respiratoria (fr)			
Peso			
Talla			
Circunferencia cefálica			
Temperatura (T°)			

Anticoncepción Post-Parto

Question: MRR_APP_FP
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	
3	Referida	
-1	No registrado	

 232. Recibió la mujer anticoncepción


- ☐ Sí
☐ No
☐ Referida
☐ No registrado

Question: MRR_APP_FP_INFORM

Required

Show if: (MRR_APP_FP = 2:[No])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	
995	Otro (especificar):	

 233. ¿La mujer se informó sobre anticoncepción?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Otro (especificar):

Question: MRR_NAME_FP

Minimum checks: 1

Show if: (MRR_APP_FP = 1:[Sí])

 234. ANTICONCEPCION

Método anticonceptivo recibido

- ☐ Natural/Ritmo
☐ Condón (sin especificar)
☐ Condón masculino/externo
☐ Condón fememino/interno
☐ Otra barreras
☐ DIU
☐ Inyectable (sin especificar)
☐ Inyectable combinadas
☐ Inyectable con solamente progestina
☐ Píldoras (sin especificar)
☐ Píldoras combinadas
☐ Píldoras con solamente progestina
☐ MELA (método exclusivo de lactancia y amenorrea)
☐ Ligadura tubarica
☐ Implante
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

Resultado de la estancia en la unidad

Question: MRR_DISPOSITION

Required

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

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

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

Question: MRR_DISPOSITION_REF

Required

Scale Summary		

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 236. Referida Posparto:


- ☐ Si
- ☐ No

Question: MRR_REF_REASTO

Required

Show if: (MRR_DISPOSITION ≠ 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_DISPOSITION_REF = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Complicaciones durante el nacimiento	
2	Complicaciones maternas durante el nacimiento	
3	Complicaciones neonatales	
995	Otro	
-1	No registrado	


 237. Razón por la que fue referida

- ☐ Complicaciones durante el nacimiento
- ☐ Complicaciones maternas durante el nacimiento
- ☐ Complicaciones neonatales
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: MRR_POS_REF_NAMETO

Required

Show if: (MRR_DISPOSITION ≠ 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_DISPOSITION_REF = 1:[Si])

 238. Lugar a donde fue referida

Question: MRR_POS_REF_TYPTO

Required

Show if: (MRR_DISPOSITION ≠ 3:[Transferida a otra unidad médica]) and (MRR_DISPOSITION_REF = 1:[Si])

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

 239. Tipo de unidad médica a que fue referida la mujer

- ☐ Casa de Salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
- ☐ Unidad de Especialidades Médicas
- ☐ Unidad móvil
- ☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos


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

Question: MRR_DIS_DATE

Required

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

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

 240. Fecha de egreso/referencia


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

Question: MRR_DIS_TIME

Required

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

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

 241. Hora de egreso/referencia


- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEATH_DATE

Required

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

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

 242. Fecha de defunción


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

Question: MRR_DEATH_TIME

Required

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

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

 243. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Collection: MRR_PPM_AFTER7

Contains: MRR_WOM_ANC_PPM, MRR_WOM_ANC_PPM_DOB, MRR_WOM_ANC_PPM_DOB_TIME, MRR_WOM_ANC_PPM_VISITDATE, MRR_WOM_ANC_PPM_VISITDATE2


Show if: (MRR_RECORDS is-any-of)

Período posparto

Question: MRR_WOM_ANC_PPM

Required

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


-  244. ¿Hay un registro de atención posparto en el expediente? (Esto no incluye el examen de posparto inmediato)
- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_ANC_PPM_DOB

Required

Show if: (MRR_WOM_ANC_PPM = 1:[Sí]) and (MRR_DEL_DATE.SPEC was-not-answered) and (MRR_POS_DOB.SPEC was-not-answered)

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

-  245. Fecha del nacimiento


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

Question: MRR_WOM_ANC_PPM_DOB_TIME

Required

Show if: (MRR_WOM_ANC_PPM = 1:[Sí]) and (MRR_DEL_DATE.SPEC was-not-answered) and (MRR_POS_DOB.SPEC was-not-answered)

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

-  246. Hora del nacimiento


- ☐ Hora (HH:MM)
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_ANC_PPM_VISITDATE

Required

Show if: (MRR_WOM_ANC_PPM = 1:[Sí])


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

-  247. La fecha de la primera visita después del parto (esto no incluye el posparto inmediato)

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

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora durante la primera visita a este centro de salud


Custom Layout Question: MRR_ANC_PPM_CHECK1

 248.

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

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora durante la primera visita a este centro de salud

Custom Layout Question: MRR_ANC_PPM_CHECK2

 249.

	Recorded (yes/no)
Involución uterina	<input type="checkbox"/>
Revisión de presencia anormal de sangrado	<input type="checkbox"/>
Revisión de las características de loquios	<input type="checkbox"/>


Question: MRR_WOM_ANC_PPM_VISITDATE2

Required

Show if: (MRR_WOM_ANC_PPM = 1:[Sí])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If

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

 250. La fecha de la segunda visita después del parto

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

Question: COMMENT_NO_COMPL

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

^

v

Usted ha llegado al final de este parte de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat