



Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID



Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required

ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR Obstetric

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT, MRR_FACILITY_ID

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

Question: MRR_DATE
Required

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required

2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2

3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
2	Centro de Salud con hospitalización	
3	Centro de Salud con Servicios Ampliados	
4	Clínica de Especialidades	
22	Hospital especializado	
23	Hospital general	
24	Hospital integral (comunitario)	

4. Tipo de unidad médica

- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Hospital especializado
- ☐ Hospital general
- ☐ Hospital integral (comunitario)

Jump-To: JMP1

Description:

Jump-To-Item: NOT_ELEGIBLE

Jump-If: (MRR_TYPE_UNIT is-none-of 2:[Centro de Salud con hospitalización] or 3:[Centro de Salud con Servicios Ampliados] or 4:[Clínica de Especialidades])

or 22:[Hospital especializado] or 23:[Hospital general] or 24:[Hospital integral (comunitario)])

Question: MRR_FACILITY_ID

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



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

- ☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ Otro

Collection: MRR Obstetric
Contains: NEONATAL_COMPLICATIONS


Collection: NEONATAL_COMPLICATIONS
Contains: NEO_BIRTH_DATE, NEO_BIRTH_TIME, NEO_BIRTH_WEIGHT, NEO_BIRTH_WHERE, MRR_SELECTION, MRR_NEO_COMP, MRR_NEO_GEN, GEN_COMPL_INFO, NEO_SEPSIS, NEO_LBW, NEO_PRE, NEO_ASP, GEN_DISPOSITION
Show if: (FACILITY_TYPE >= 3)

Complicaciones neonatales

Question: NEO_BIRTH_DATE

Required

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

 6. Indique si la siguiente información fue registrada para el bebé


Fecha de nacimiento

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

Question: NEO_BIRTH_TIME


Required

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

 7. Indique si la siguiente información fue registrada para el bebé

Hora de nacimiento (horario de 24 horas)


- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: NEO_BIRTH_WEIGHT**Minimum checks:** 1 8. Indique si el peso del bebé fue registrado en el momento del nacimiento (por ejemplo: 2600 gramos)

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

Question: NEO_BIRTH_WHERE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En esta unidad de salud	
2	En otra unidad de salud	
3	En la casa	
4	Camino a esta unidad de salud	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 9. ¿Dónde ocurrió este nacimiento?

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

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

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

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


Custom Layout Question: NEO_ICD_CODE 10.

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


Código CIE-10 principal	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No registrado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No registrado
Código CIE-10 segundo	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No registrado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No registrado
Código CIE-10 tercero	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No registrado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No registrado
Código CIE-10 cuarto	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No registrado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No registrado
Código CIE-10 quinto	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No registrado	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No registrado

Question: MRR_SELECTION**Required**

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

 11. Método para elegir expediente:

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

Question: MRR_NEO_COMP**Minimum checks:** 1 12. Indique si el bebé tuvo alguna de las siguientes complicaciones

- ☐ Sepsis
- ☐ Bajo peso al nacer

- ☐ Asfixia al nacimiento
- ☐ Prematurez
- ☐ Ninguna

Jump-To: JMP3

Description:

Jump-To-Item: NO_COMPL

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


Collection: MRR_NEO_GEN

Contains: MRR_AGE_BABY, MRR_AGE_MOM, MRR_MOM_LITERACY, MRR_MOM_EDU, MRR_MAR_STAT, MRR_MOM_ETHNICITY

Question: MRR_AGE_BABY

Required

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


 13. Edad del niño

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

Question: MRR_AGE_MOM

Required

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


 14. Edad de la madre

- ☐ Edad:
- ☐ No registrado

Question: MRR_MOM_LITERACY

Required

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


 15. Alfabetismo (lee y escribe):

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

Question: MRR_MOM_EDU

Required

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

 16. Educación de la madre

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

Question: MRR_MAR_STAT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casada	

2	Unión estable	
3	Soltera	
5	Divorciada	
6	Viuda	
7	Acompañada	
4	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



17. Estado civil de la madre:

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

Question: MRR_MOM_ETHNICITY

Required

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



18. Etnia:

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

Collection: GEN_COMPL_INFO

Contains: NEO_ADM_REFFROM, NEO_REF_ACCOMFROM, NEO_REF_DATEFROM, NEO_REF_TIMEFROM, NEO_REF_TYPEFROM, NEO_REF_MUNICIPFROM, NEO_REF_NAMEFROM, NEO_REF_WEIGHTFROM, NEO_ADM_DATES, NEO_ADM_TIMES, NEO_IDENTIFY_DATE, NEO_IDENTIFY_TIME, NEO_ADM_MOM_BIRTH, NEO_GESTAGES, NEO_GENDERS, NEO_MOMCOMPLS, NEO_MOMCOMPLS_PRE

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of)

Question: NEO_ADM_REFFROM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



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

- ☐ Si
☐ No

Question: NEO_REF_ACCOMFROM

Required

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

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



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

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

Question: NEO_REF_DATEFROM

Required

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

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

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

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

Question: NEO_REF_TIMEFROM

Required

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

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

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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_REF_TYPEFROM

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	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 de salud desde la que fue referido/traslado el bebé:

- ☐ 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: NEO_REF_MUNICIPFROM

Required

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

Scale Summary		

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



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
- ☐ 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: NEO_REF_NAMEFROM

Required


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

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

Question: NEO_REF_WEIGHTFROM

Minimum checks: 1

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


 26. Indique si el peso fue registrado para el bebé en el momento antes de referido/traslado (por ejemplo: 2600 gramos)

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

Question: NEO_ADM_DATES

Required

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

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


Fecha de admisión

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

Question: NEO_ADM_TIMES

Required

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

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

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_IDENTIFY_DATE

Required

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


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

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

Question: NEO_IDENTIFY_TIME

Required

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


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

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_ADM_MOM_BIRTH

Required

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

 31. ¿El ingreso de la madre para el parto del neonato fue en el periodo expulsivo?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: NEO_GESTAGES

Required

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

 32. Edad gestacional del bebé

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

Question: NEO_GENDERS

Required


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

 33. Sexo del bebé

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No registrado

Question: NEO_MOMCOMPLS

Minimum checks: 1

 34. Anote si la madre tuvo alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)


- ☐ Pre eclampsia
- ☐ Eclampsia
- ☐ Sepsis
- ☐ Hemorragia
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones
- ☐ No registrado

Question: NEO_MOMCOMPLS_PRE

Required

Show if: (NEO_MOMCOMPLS is-any-of)

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

 35. ¿La madre tuvo pre-eclampsia severa?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

Collection: NEO_SEPSIS

Contains: NEO_SEP

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of)

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

Collection: NEO_SEP

Contains: NEO_SEP_CONSULT, NEO_SEP_CON_EVER, NEO_SEP_CONSULT_DATE, NEO_SEP_CONSULT_TIME, NEO_SEP_SPECIAL_EVER, NEO_SEP_SPECIAL_TYPE, NEO_SEP_CONSULT_SPECIAL_DATE, NEO_SEP_CONSULT_SPECIAL_TIME, NEO_SEP_MEDICATIONS_, NEO_SEP_TONE, NEO_SEP_OTHER_COMP, NEO_SEP_OTHER_COMP_OTHSPEC

Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_LAB

38.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Leucocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ^ 3 litro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL o +/-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina (Hgb o Hb)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematócrito (Hto o Hct)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación banda neutrófilos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación absoluta de neutrofilos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morfología de neutrófilos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Biometría hemática	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Velocidad de sedimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

globular


Otro (especificar)

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Question: NEO_SEP_CONSULT**Required**


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

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

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: NEO_SEP_CON_EVER**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_SEP_CONSULT_DATE**Required****Show if:** (NEO_SEP_CON_EVER = 1:[Si])


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

 41. Fecha de primera evaluación por un médico

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

Question: NEO_SEP_CONSULT_TIME**Required****Show if:** (NEO_SEP_CON_EVER = 1:[Si])


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

 42. Hora de primera evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_SEP_SPECIAL_EVER**Required**

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

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

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

Question: NEO_SEP_SPECIAL_TYPE**Required****Show if:** (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or

(NEO_SEP_SPECIAL_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

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

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

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

Question: NEO_SEP_CONSULT_SPECIAL_DATE**Required**

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

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

45. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: NEO_SEP_CONSULT_SPECIAL_TIME**Required**

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

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

46. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

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

Custom Layout Question: NEO_SEP_MED1

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

Tazobactam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_SEP_MEDICATIONS_

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

- ☐ Sí
☐ No

Question: NEO_SEP_TONE

Required

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

49. Registro de la evaluación del tono muscular:

- ☐ Registrado:
☐ No registrado

Question Block: NEO_SEP_OTHER_COMP

Contains: NEO_SEP_OTHER_COMP_MULTI, NEO_SEP_OTHER_COMP_HEMO, NEO_SEP_OTHER_COMP_SHOCK, NEO_SEP_OTHER_COMP_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

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

Question: NEO_SEP_OTHER_COMP_OTHSPEC

Required

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

51. Escriba el otro tipo de complicación que tuvo este bebé:

Collection: NEO_LBW

Contains: NEO_LBW_

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of)

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

Collection: NEO_LBW

Contains: NEO_LBW_GEST_METHOD, NEO_LBW_CLASSIFICATION, NEO_LBW_GLY_TYPE, NEO_LBW_CONSULT, NEO_LBW_CON_EVER, NEO_LBW_CONSULT_DATE, NEO_LBW_CONSULT_TIME, NEO_LBW_SPECIAL_EVER, NEO_LBW_SPECIAL_TYPE, NEO_LBW_CONSULT_SPECIAL_DATE, NEO_LBW_CONSULT_SPECIAL_TIME, NEO_LBW_PROC_OXY, NEO_LBW_PROC_HEAT, NEO_LBW_PROC_OTHER, NEO_LBW_PROC_OXYOTH_SPEC, NEO_LBW_PROC_HTOOTH_SPEC, NEO_LBW_PROC_OTHOTH_SPEC, NEO_LBW_BABYFOOD, NEO_LBW_MEDICATIONS, NEO_LBW_TONE, NEO_LBW_OTHER_COMP, NEO_LBW_OTHER_COMP_OTHSPEC

Show if: (FACILITY_TYPE = 4)

Question Block: NEO_LBW_GEST_METHOD

Contains: NEO_LBW_GEST_METHOD_1, NEO_LBW_GEST_METHOD_2, NEO_LBW_GEST_METHOD_3, NEO_LBW_GEST_METHOD_4, NEO_LBW_GEST_METHOD_5, NEO_LBW_GEST_METHOD_995

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

Code	Label	Show-If
1	Sí	
-1	No registrado	

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

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

Question: NEO_LBW_CLASSIFICATION

Required

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

53. Clasificación del recién nacido de acuerdo al peso

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_CHECK2

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

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

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_LAB1

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

Nivel de saturación de oxígeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%		
Glicemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	mg/dL		
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_LBW_GLY_TYPE**Required****Show if:** (NEO_LBW_LAB_REG_GLY = 1)

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

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

☐ Tira reactiva

☐ Examen sanguíneo

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

Question: NEO_LBW_CONSULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

☐ Si

☐ No

Question: NEO_LBW_CON_EVER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

☐ Si

☐ No

Question: NEO_LBW_CONSULT_DATE**Required****Show if:** (NEO_LBW_CON_EVER = 1:[Si])

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

60. Fecha de primera evaluación por un médico

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

Question: NEO_LBW_CONSULT_TIME
Required
Show if: (NEO_LBW_CON_EVER = 1:[Si])

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

61. Hora de primera evaluación por un médico

☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: NEO_LBW_SPECIAL_EVER
Required

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

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

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

Question: NEO_LBW_SPECIAL_TYPE
Required

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

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

63. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebé?

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

Question: NEO_LBW_CONSULT_SPECIAL_DATE
Required

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

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

64. Fecha de primera evaluación por la especialista

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

Question: NEO_LBW_CONSULT_SPECIAL_TIME

Required

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

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

65. Hora de primera evaluación por la especialista


- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question Block: NEO_LBW_PROC_OXY

Contains: NEO_LBW_PROC_OXY_AMBU, NEO_LBW_PROC_OXY_POSVENT, NEO_LBW_PROC_OXY_VENTMEC, NEO_LBW_PROC_OXY_BOLSA, NEO_LBW_PROC_OXY_100, NEO_LBW_PROC_OXY_MASKOXY, NEO_LBW_PROC_OXY_MASK, NEO_LBW_PROC_OXY_MASKRES, NEO_LBW_PROC_OXY_CAMP, NEO_LBW_PROC_OXY_HELMET, NEO_LBW_PROC_OXY_CAMPCEF, NEO_LBW_PROC_OXY_CYL, NEO_LBW_PROC_OXY_CYLCAP, NEO_LBW_PROC_OXY_CPAP, NEO_LBW_PROC_OXY_BIG, NEO_LBW_PROC_OXY_NASAL, NEO_LBW_PROC_OXY_CATH, NEO_LBW_PROC_OXY_CANULA, NEO_LBW_PROC_OXY_VENT, NEO_LBW_PROC_OXY_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 66. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)


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

Question Block: NEO_LBW_PROC_HEAT

Contains: NEO_LBW_PROC_HEAT_INC, NEO_LBW_PROC_HEAT_WRAP, NEO_LBW_PROC_HEAT_LAMP, NEO_LBW_PROC_HEAT_KANG, NEO_LBW_PROC_HEAT_PLASTIC, NEO_LBW_PROC_HEAT_BACIN, NEO_LBW_PROC_HEAT_SERVO, NEO_LBW_PROC_HEAT_SERVOCUNA, NEO_LBW_PROC_HEAT_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 67. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aplicación de calor:		


Incubadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envuelto en manta o toalla o sabanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lámpara de calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madre canguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolsa plástica transparente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bacinete con calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servocuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de aplicación del calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO_LBW_PROC_OTHER

Contains: NEO_LBW_PROC_OTH_SEC, NEO_LBW_PROC_OTH_INTUB, NEO_LBW_PROC_OTH_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 68. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:


(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

Question: NEO_LBW_PROC_OXYOTH_SPEC

Required


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

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

Question: NEO_LBW_PROC_HTOTH_SPEC

Required


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

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

Question: NEO_LBW_PROC_OTHOTH_SPEC

Required

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


 71. ¿Que otro procedimiento se realizó?

Question Block: NEO_LBW_BABYFOOD

Contains: NEO_LBW_BABYFOOD_BF, NEO_LBW_BABYFOOD_GLUCOSEIV, NEO_LBW_BABYFOOD_IV, NEO_LBW_BABYFOOD_ORAL, NEO_LBW_BABYFOOD_FORMULA, NEO_LBW_BABYFOOD_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 72. Anote cómo fue alimentado el bebé:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Alimentación al seno materno / lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suero glucosado IV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alimentación intravenosa (Otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suero glucosado oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_MED1

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

Custom Layout Question: NEO_LBW_MED2

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

(especificar)

**Question:** NEO_LBW_MEDICATIONS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

- ☐ Sí
☐ No

Question: NEO_LBW_TONE**Required**

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

76. Registro de la evaluación del tono muscular:

- ☐ Registrado:
☐ No registrado

Question Block: NEO_LBW_OTHER_COMP**Contains:** NEO_LBW_OTHER_COMP_PNEU, NEO_LBW_OTHER_COMP_RESP, NEO_LBW_OTHER_COMP_DIA, NEO_LBW_OTHER_COMP_CONV, NEO_LBW_OTHER_COMP_HIPO, NEO_LBW_OTHER_COMP_NEURO, NEO_LBW_OTHER_COMP_OTH, NEO_LBW_OTHER_COMP_NONE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

77. ¿Que otras complicaciones tuvo el bebé (excluyendo sepsis, asfixia, bajo peso al nacer, y prematuréz)?

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

Question: NEO_LBW_OTHER_COMP_OTHSPEC**Required****Show if:** (NEO_LBW_OTHER_COMP_OTH = 1:[Sí])

78. Escriba el otro tipo de complicación que tuvo este bebé:

Collection: NEO_PRE**Contains:** NEO_PRE_**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of)**Añote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.****Collection:** NEO_PRE_**Contains:** NEO_PRE_GEST_METHOD, NEO_PRE_CLASSIFICATION, NEO_PRE_GLY_TYPE, NEO_PRE_CONSULT, NEO_PRE_CON_EVER, NEO_PRE_CONSULT_DATE, NEO_PRE_CONSULT_TIME, NEO_PRE_SPECIAL_EVER, NEO_PRE_SPECIAL_TYPE, NEO_PRE_CONSULT_SPECIAL_DATE, NEO_PRE_CONSULT_SPECIAL_TIME, NEO_PRE_PROC_OXY, NEO_PRE_PROC_HEAT, NEO_PRE_PROC_OTHER, NEO_PRE_PROC_OXYOTH_SPEC, NEO_PRE_PROC_HTOOTH_SPEC, NEO_PRE_PROC_OTHOOTH_SPEC, NEO_PRE_BABYFOOD, NEO_PRE_MEDICATIONS, NEO_PRE_TONE, NEO_PRE_OTHER_COMP, NEO_PRE_OTHER_COMP_OTHSPEC**Show if:** (FACILITY_TYPE = 4)**Question Block:** NEO_PRE_GEST_METHOD**Contains:** NEO_PRE_GEST_METHOD_1, NEO_PRE_GEST_METHOD_2, NEO_PRE_GEST_METHOD_3, NEO_PRE_GEST_METHOD_4, NEO_PRE_GEST_METHOD_5, NEO_PRE_GEST_METHOD_995**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Sí	
-1	No registrado	

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

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

Question: NEO_PRE_CLASSIFICATION Required

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

80. Clasificación del recién nacido de acuerdo a edad gestacional

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_CHECK2

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

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

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_LAB1

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

Nivel de saturación de oxígeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%		
Glicemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	mg/dL		
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: NEO_PRE_GLY_TYPE**Required****Show if:** (NEO_PRE_LAB_REG_GLY = 1)

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

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

☐ Tira reactiva

☐ Examen sanguíneo

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

Question: NEO_PRE_CONSULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

☐ Si

☐ No

Question: NEO_PRE_CON_EVER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

☐ Si

☐ No

Question: NEO_PRE_CONSULT_DATE**Required****Show if:** (NEO_PRE_CON_EVER = 1:[Si])

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

87. Fecha de primera evaluación por un médico

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)


☐ No registrado

Question: NEO_PRE_CONSULT_TIME

Required

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

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


 88. Hora de primera evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_PRE_SPECIAL_EVER

Required

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

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


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

Question: NEO_PRE_SPECIAL_TYPE

Required

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

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

 90. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebé?


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

Question: NEO_PRE_CONSULT_SPECIAL_DATE

Required

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

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

 91. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: NEO_PRE_CONSULT_SPECIAL_TIME

Required

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

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

 92. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question Block: NEO_PRE_PROC_OXY

Contains: NEO_PRE_PROC_OXY_AMBU, NEO_PRE_PROC_OXY_POSVENT, NEO_PRE_PROC_OXY_VENTMEC, NEO_PRE_PROC_OXY_BOLSA, NEO_PRE_PROC_OXY_100, NEO_PRE_PROC_OXY_MASKOXY, NEO_PRE_PROC_OXY_MASK, NEO_PRE_PROC_OXY_MASKRES, NEO_PRE_PROC_OXY_CAMP, NEO_PRE_PROC_OXY_HELMET, NEO_PRE_PROC_OXY_CAMPCEF, NEO_PRE_PROC_OXY_CYL, NEO_PRE_PROC_OXY_CYLCAP, NEO_PRE_PROC_OXY_CPAP, NEO_PRE_PROC_OXY_BIG, NEO_PRE_PROC_OXY_NASAL, NEO_PRE_PROC_OXY_CATH, NEO_PRE_PROC_OXY_CANULA, NEO_PRE_PROC_OXY_VENT, NEO_PRE_PROC_OXY_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

93. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

Question Block: NEO_PRE_PROC_HEAT

Contains: NEO_PRE_PROC_HEAT_INC, NEO_PRE_PROC_HEAT_WRAP, NEO_PRE_PROC_HEAT_LAMP, NEO_PRE_PROC_HEAT_KANG, NEO_PRE_PROC_HEAT_PLASTIC, NEO_PRE_PROC_HEAT_BACIN, NEO_PRE_PROC_HEAT_SERVO, NEO_PRE_PROC_HEAT_SERVOCUNA, NEO_PRE_PROC_HEAT_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

94. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aplicación de calor:		


Incubadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envuelto en manta o toalla o sabanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lámpara de calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madre canguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolsa plástica transparente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bacinete con calor radiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servocuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro método de aplicación del calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: NEO_PRE_PROC_OTHER

Contains: NEO_PRE_PROC_OTH_SEC, NEO_PRE_PROC_OTH_INTUB, NEO_PRE_PROC_OTH_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 95. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

Question: NEO_PRE_PROC_OXYOTH_SPEC

Required


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

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

Question: NEO_PRE_PROC_HTOTH_SPEC

Required


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

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

Question: NEO_PRE_PROC_OTHOTH_SPEC

Required

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


 98. ¿Que otro procedimiento se realizó?

Question Block: NEO_PRE_BABYFOOD

Contains: NEO_PRE_BABYFOOD_BF, NEO_PRE_BABYFOOD_GLUCOSEIV, NEO_PRE_BABYFOOD_IV, NEO_PRE_BABYFOOD_ORAL, NEO_PRE_BABYFOOD_FORMULA, NEO_PRE_BABYFOOD_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 99. Anote cómo fue alimentado el bebé:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Alimentación al seno materno / lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suero glucosado IV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alimentación intravenosa (Otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suero glucosado oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Custom Layout Question: NEO_PRE_MED1

100.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amikacina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sulbactam	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Piperacilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metronidazol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penicilina cristalina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tazobactam	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sobres/Paquetes de Sales de Rehidratación Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fenobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Levetiracetan	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lidocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pentotal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: NEO_PRE_MED2

101.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Difenilhidantoína	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Question: NEO_PRE_MEDICATIONS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

102. Añote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización
- ☐ Sí
- ☐ No

Question: NEO_PRE_TONE**Required**

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

103. Registro de la evaluación del tono muscular:
- ☐ Registrado:
- ☐ No registrado

Question Block: NEO_PRE_OTHER_COMP**Contains:** NEO_PRE_OTHER_COMP_PNEU, NEO_PRE_OTHER_COMP_RESP, NEO_PRE_OTHER_COMP_DIA, NEO_PRE_OTHER_COMP_CONV, NEO_PRE_OTHER_COMP_HIPO, NEO_PRE_OTHER_COMP_NEURO, NEO_PRE_OTHER_COMP_OTH, NEO_PRE_OTHER_COMP_NONE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

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

Question: NEO_PRE_OTHER_COMP_OTHSPEC**Required****Show if:** (NEO_PRE_OTHER_COMP_OTH = 1:[Sí])

105. Escriba el otro tipo de complicación que tuvo este bebé:

Collection: NEO_ASP**Contains:** NEO_ASP**Show if:** (MRR_NEO_COMP is-any-of)**Añote si se registró lo siguiente para el paciente con asfisia.****Collection:** NEO_ASP**Contains:** NEO_ASP_CONSULT, NEO_ASP_CON_EVER, NEO_ASP_CONSULT_DATE, NEO_ASP_CONSULT_TIME, NEO_ASP_SPECIAL_EVER, NEO_ASP_SPECIAL_TYPE, NEO_ASP_CONSULT_SPECIAL_DATE, NEO_ASP_CONSULT_SPECIAL_TIME, NEO_ASP_BABY_HAVE, NEO_ASP_COND, NEO_ASP_SECADO, NEO_ASP_STIM, NEO_ASP_RADIOGRAPHY, NEO_ASP_PROC_OXY, NEO_ASP_PROC_HEAT, NEO_ASP_PROC_OTHER, NEO_ASP_PROC_OXYOTH_SPEC, NEO_ASP_PROC_HTOOTH_SPEC, NEO_ASP_PROC_OTHOTH_SPEC, NEO_ASP_MEDICATIONS, NEO_ASP_TONE**Show if:** (FACILITY_TYPE = 4)

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_LAB1

108.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno (SO2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		%		
Leucocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 ^3/litro		
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x 10 ^3/litro		
Hematocrit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		g/dL		
Hemoglobina (Hgb o Hb)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		g/dL		
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemocultivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conteo sanguíneo completo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL o +/-		
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mm/h		
Cultivo de sangre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glicemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro (especificar)

Question: NEO_ASP_CONSULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_ASP_CON_EVER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

Question: NEO_ASP_CONSULT_DATE**Required****Show if:** (NEO_ASP_CON_EVER = 1:[Si])

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

111. Fecha de primera evaluación por un médico

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

Question: NEO_ASP_CONSULT_TIME**Required****Show if:** (NEO_ASP_CON_EVER = 1:[Si])

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

112. Hora de primera evaluación por un médico

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_SPECIAL_EVER**Required**

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

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

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

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

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

995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

114. ¿Que tipo fue la especialista que reviso el bebé?

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

Question: NEO_ASP_CONSULT_SPECIAL_DATE

Required

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

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

115. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

Question: NEO_ASP_CONSULT_SPECIAL_TIME

Required

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

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

116. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_BABY_HAVE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Apnea	
2	Meconio	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

117. Anote si tuvo el bebé los siguientes:

- ☐ Apnea
- ☐ Meconio
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question Block: NEO_ASP_COND

Contains: NEO_ASP_COND_AMINIO, NEO_ASP_COND_HIPO, NEO_ASP_COND_NORESP, NEO_ASP_COND_CRY

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

118. Anote el condición del bebé

	Sí	No
Liquido amniótico meconial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipotónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No respira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No llora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: NEO_ASP_SECADO

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Si	
-1	No registrado	

119. Anote si el bebé fue secado
- ☐ Si
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_STIM

Required

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

120. Anote si el bebé fue estimulado
- ☐ Si
- ☐ No registrado

Question: NEO_ASP_RADIOGRAPHY

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

121. Anote si se tomó una radiografía de tórax
- ☐ Si
- ☐ No

Question Block: NEO_ASP_PROC_OXY

Contains: NEO_ASP_PROC_OXY_AMBU, NEO_ASP_PROC_OXY_POSVENT, NEO_ASP_PROC_OXY_VENTMEC, NEO_ASP_PROC_OXY_BOLSA, NEO_ASP_PROC_OXY_100, NEO_ASP_PROC_OXY_MASKOXY, NEO_ASP_PROC_OXY_MASK, NEO_ASP_PROC_OXY_MASKRES, NEO_ASP_PROC_OXY_CAMP, NEO_ASP_PROC_OXY_HELMET, NEO_ASP_PROC_OXY_CAMPCEF, NEO_ASP_PROC_OXY_CYL, NEO_ASP_PROC_OXY_CYLCAP, NEO_ASP_PROC_OXY_CPAP, NEO_ASP_PROC_OXY_BIG, NEO_ASP_PROC_OXY_NASAL, NEO_ASP_PROC_OXY_CATH, NEO_ASP_PROC_OXY_CANULA, NEO_ASP_PROC_OXY_VENT, NEO_ASP_PROC_OXY_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

122. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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


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

Question Block: NEO_ASP_PROC_HEAT

Contains: NEO_ASP_PROC_HEAT_INC, NEO_ASP_PROC_HEAT_WRAP, NEO_ASP_PROC_HEAT_LAMP, NEO_ASP_PROC_HEAT_KANG, NEO_ASP_PROC_HEAT_PLASTIC, NEO_ASP_PROC_HEAT_BACIN, NEO_ASP_PROC_HEAT_SERVO, NEO_ASP_PROC_HEAT_SERVOCUNA, NEO_ASP_PROC_HEAT_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 123. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)


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

Question Block: NEO_ASP_PROC_OTHER

Contains: NEO_ASP_PROC_OTH_SEC, NEO_ASP_PROC_OTH_INTUB, NEO_ASP_PROC_OTH_MASSAGE, NEO_ASP_PROC_OTH_OTH

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 124. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:


(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

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

Question: NEO_ASP_PROC_OXYOTH_SPEC

Required


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

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

Question: NEO_ASP_PROC_HTOTH_SPEC

Required

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

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

Question: NEO_ASP_PROC_OTHOTH_SPEC

Required

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

127. ¿Que otro procedimiento se realizó?

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

Custom Layout Question: NEO_ASP_MED1

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

Question: NEO_ASP_MEDICATIONS

Required

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

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

- ☐ Si
☐ No registrado

Question: NEO_ASP_TONE

Required

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

130. Registro de la evaluación del tono muscular:

- ☐ Registrado:
☐ No registrado

Collection: GEN_DISPOSITION

Contains: NEO_DISPOSITION, NEO_RESOLVE_DATE, NEO_RESOLVE_TIME, NEO_REF_ACCOMTO, NEO_REF_TYPTO, NEO_REF_MUNICIPTO, NEO_REF_NAMETO, NEO_SEP_REF_REAS, NEO_LBW_REF_REAS, NEO_PRE_REF_REAS, NEO_ASP_REF_REAS, NEO_REF_HOW, NEO_DIS_DATE, NEO_DIS_TIME, NEO_DEATH_DATE, NEO_DEATH_TIME

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of)

Question: NEO_DISPOSITION

Required


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

131. Resultado final de la estancia del **bebé** en el hospital:

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

Question: NEO_RESOLVE_DATE**Required**


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

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

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

Question: NEO_RESOLVE_TIME**Required**

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

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

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: NEO_REF_ACCOMTO**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

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

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

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

Question: NEO_REF_TYPETO**Required****Show if:** (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

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

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



- ☐ 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: NEO_REF_MUNICIPIO

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Acacoyagua	
2	Acala	
3	Acapetahua	
4	Altamirano	
5	Amatán	
6	Amatenango de la Frontera	
7	Amatenango del Valle	
8	Ángel Albino Corzo	
9	Arriaga	
10	Bejucal de Ocampo	
11	Bella Vista	
12	Berriozábal	
13	Bochil	
14	El Bosque	
15	Cacahoatán	
16	Catazajá	
17	Cintalapa	
18	Coapilla	
19	Comitán de Domínguez	
20	La Concordia	
21	Copainalá	
22	Chalchihuitán	
23	Chamula	
24	Chanal	
25	Chapultenango	
26	Chenalhó	
27	Chiapa de Corzo	
28	Chiapilla	
29	Chicoasén	
30	Chicomuselo	
31	Chilón	
32	Escuintla	
33	Francisco León	
34	Frontera Comalapa	
35	Frontera Hidalgo	
36	La Grandeza	
37	Huehuetán	
38	Huixtán	
39	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	Ocozocautla 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	Tzímol	
105	Unión Juárez	
106	Venustiano Carranza	
107	Villa Corzo	
108	Villaflores	
109	Yajalón	
110	San Lucas	
111	Zinacantán	
112	San Juan Cancuc	
113	Aldama	
114	Benemérito de las Américas	
115	Maravilla Tenejapa	
116	Marqués de Comillas	
117	Montecristo de Guerrero	
118	San Andrés Duraznal	
119	Santiago el Pinar	
-1	No sabe	
-2	Se negó a contestar	



136. ¿A cual municipio fue la unidad?

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

- ☐ Bochil
- ☐ El Bosque
- ☐ Cacahoatán
- ☐ Catazajá
- ☐ Cintalapa
- ☐ Coapilla
- ☐ Comitán de Domínguez
- ☐ La Concordia
- ☐ Copainalá
- ☐ Chalchihuitán
- ☐ Chamula
- ☐ Chanal
- ☐ Chapultenango
- ☐ Chenalhó
- ☐ Chiapa de Corzo
- ☐ Chiapilla
- ☐ Chicoasén
- ☐ Chicomuselo
- ☐ Chilón
- ☐ Escuintla
- ☐ Francisco León
- ☐ Frontera Comalapa
- ☐ Frontera Hidalgo
- ☐ La Grandeza
- ☐ Huehuetán
- ☐ Huixtán
- ☐ Huitiupán
- ☐ Huixtla
- ☐ La Independencia
- ☐ Ixhuatán
- ☐ Ixtacomitán
- ☐ Ixtapa
- ☐ Ixtapangajoyá
- ☐ Jiquipilas
- ☐ Jitolol
- ☐ Juárez
- ☐ Larráinzar
- ☐ La Libertad
- ☐ Mapastepec
- ☐ Las Margaritas
- ☐ Mazapa de Madero
- ☐ Mazatán
- ☐ Metapa
- ☐ Mitontic
- ☐ Motozintla
- ☐ Nicolás Ruíz
- ☐ Ocosingo
- ☐ Ocotepec
- ☐ Ocozacoautla de Espinosa
- ☐ 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: NEO_REF_NAMETO

Required

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



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

Question: NEO_SEP_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of)



138. SEPSIS

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO_LBW_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

139. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO_PRE_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

140. PREMATUREZ

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO_ASP_REF_REAS

Minimum checks: 1

Show if: (MRR_NEO_COMP is-any-of) and (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica])

141. ASFIXIA AL NACIMIENTO

Razón por la que fue transferido el bebé:

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

Question: NEO_REF_HOW

Minimum checks: 1

Show if: (NEO_DISPOSITION = 3:[Traslado/referido a otra unidad médica]) and (MRR_NEO_COMP is-any-of)

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

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

Question: NEO_DIS_DATE

Required

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

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

143. Fecha de egreso/transferido/referido

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

Question: NEO_DIS_TIME

Required

Show if: (NEO_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referido a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or

995:[Otra (especificar):]


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

 144. Hora de egreso/transferido/referido

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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


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

 145. Fecha de defunción

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

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


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

 146. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

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

Question: COMMENT_COMPL_NEONATAL 147. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección. Por favor, NO incluya ningún dato (nombre, fecha de nacimiento) que permita identificar a los participantes.

^

v

Usted ha llegado al final de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.