

0%

**Collection:** LOGIN  
**Contains:** DATSTAT\_ALTPID



### Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

**Question:** DATSTAT\_ALTPID  
**Required**



ID:

**Collection:** LOG\_IN  
**Contains:** DATE, INTERVW\_ID1, INTERVW\_ID2, FAC\_TYPE, NAME\_REG, FACILITY\_ID

**Question:** DATE  
**Required**



1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

**Question:** INTERVW\_ID1  
**Required**



2. Identificación 1 del entrevistador

**Question:** INTERVW\_ID2



3. Identificación 2 del entrevistador

**Question:** FAC\_TYPE  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	Casa base	
1	Puesto de Salud	
2	Centro de salud	
4	Hospital primario	

5	Hospital departamental	
6	Hospital regional	



4. ¿Qué tipo de unidad de salud es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Casa base
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Centro de salud
- ☐ Hospital primario
- ☐ Hospital departamental
- ☐ Hospital regional

**Question:** NAME\_REG

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	Bilwi	
1	Jinotega	
3	Las Minas	
2	Matagalpa	
6	Chontales	
4	Madriz	
8	Nueva Segovia	
9	Zelaya Central	



5. Nombre de departamento/provincia

- ☐ Bilwi
- ☐ Jinotega
- ☐ Las Minas
- ☐ Matagalpa
- ☐ Chontales
- ☐ Madriz
- ☐ Nueva Segovia
- ☐ Zelaya Central

Page Break

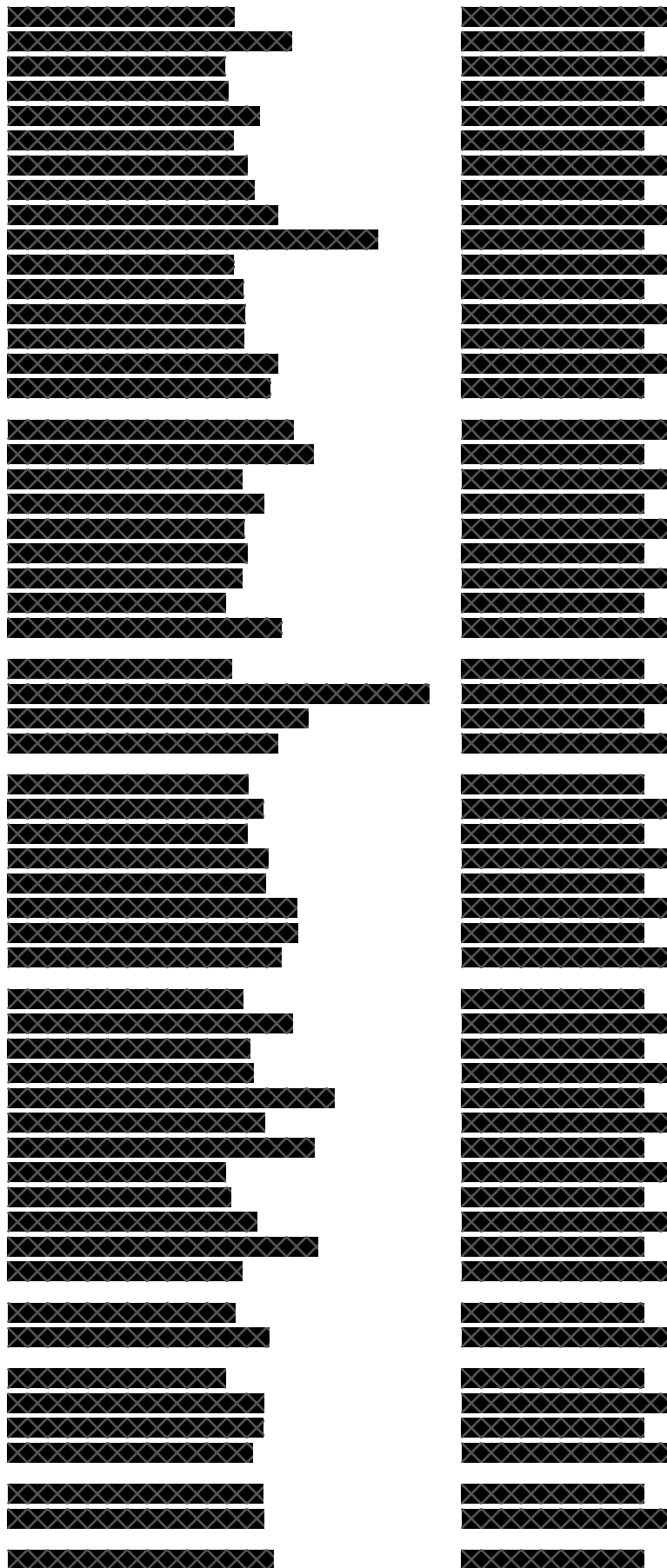
---

### Scale Summary

[illegible]

http://localhost:13124/Previewer/Survey.aspx? x=localhost-internal-NIC HF\_OBSERVA... 6/30/2022





[illegible]

http://localhost:13124/Previewer/Survey.aspx? x=localhost-internal-NIC HF\_OBSERVA... 6/30/2022



[illegible]

http://localhost:13124/Previewer/Survey.ashx?\_x=localhost-internal-NIC HF\_OBSERVA... 6/30/2022

 6. Identificación de la unidad de salud:

- 
- The image displays two side-by-side horizontal bar charts. Each chart has 15 rows, each representing a different question. To the left of each bar is a small circle containing a number (1 through 15). The bars are filled with a black and white cross-hatch pattern. The percentage values for each bar are written at the end of the bar.
- Left Chart Data:**
- | Question Number | Percentage of 'Yes' Responses |
|-----------------|-------------------------------|
| 1               | 25%                           |
| 2               | 45%                           |
| 3               | 40%                           |
| 4               | 35%                           |
| 5               | 40%                           |
| 6               | 45%                           |
| 7               | 40%                           |
| 8               | 45%                           |
| 9               | 40%                           |
| 10              | 45%                           |
| 11              | 40%                           |
| 12              | 45%                           |
| 13              | 40%                           |
| 14              | 45%                           |
| 15              | 40%                           |
- Right Chart Data:**
- | Question Number | Percentage of 'Yes' Responses |
|-----------------|-------------------------------|
| 1               | 45%                           |
| 2               | 35%                           |
| 3               | 40%                           |
| 4               | 45%                           |
| 5               | 40%                           |
| 6               | 45%                           |
| 7               | 40%                           |
| 8               | 45%                           |
| 9               | 40%                           |
| 10              | 45%                           |
| 11              | 40%                           |
| 12              | 45%                           |
| 13              | 40%                           |
| 14              | 45%                           |
| 15              | 40%                           |

The figure consists of two horizontal bar charts, one on the left and one on the right, each representing data from 100 respondents. The y-axis for both charts lists 20 questions about the impact of the COVID-19 pandemic on respondents' businesses. The x-axis represents the percentage of respondents who answered 'Yes' to each question. The bars are filled with a black and white cross-hatch pattern.

**Left Chart (100 respondents):**

- 1. Did your business experience a significant increase in sales? 10%
- 2. Did your business experience a significant decrease in sales? 40%
- 3. Did your business experience a significant increase in expenses? 35%
- 4. Did your business experience a significant decrease in expenses? 15%
- 5. Did your business experience a significant increase in revenue? 50%
- 6. Did your business experience a significant decrease in revenue? 45%
- 7. Did your business experience a significant increase in profit? 30%
- 8. Did your business experience a significant decrease in profit? 55%
- 9. Did your business experience a significant increase in customer loyalty? 40%
- 10. Did your business experience a significant decrease in customer loyalty? 35%
- 11. Did your business experience a significant increase in employee morale? 45%
- 12. Did your business experience a significant decrease in employee morale? 50%
- 13. Did your business experience a significant increase in brand awareness? 40%
- 14. Did your business experience a significant decrease in brand awareness? 35%
- 15. Did your business experience a significant increase in market share? 30%
- 16. Did your business experience a significant decrease in market share? 45%
- 17. Did your business experience a significant increase in competition? 40%
- 18. Did your business experience a significant decrease in competition? 35%
- 19. Did your business experience a significant increase in customer satisfaction? 45%
- 20. Did your business experience a significant decrease in customer satisfaction? 50%

**Right Chart (100 respondents):**

- 1. Did your business experience a significant increase in sales? 55%
- 2. Did your business experience a significant decrease in sales? 40%
- 3. Did your business experience a significant increase in expenses? 45%
- 4. Did your business experience a significant decrease in expenses? 30%
- 5. Did your business experience a significant increase in revenue? 60%
- 6. Did your business experience a significant decrease in revenue? 40%
- 7. Did your business experience a significant increase in profit? 40%
- 8. Did your business experience a significant decrease in profit? 50%
- 9. Did your business experience a significant increase in customer loyalty? 45%
- 10. Did your business experience a significant decrease in customer loyalty? 35%
- 11. Did your business experience a significant increase in employee morale? 40%
- 12. Did your business experience a significant decrease in employee morale? 50%
- 13. Did your business experience a significant increase in brand awareness? 45%
- 14. Did your business experience a significant decrease in brand awareness? 35%
- 15. Did your business experience a significant increase in market share? 35%
- 16. Did your business experience a significant decrease in market share? 45%
- 17. Did your business experience a significant increase in competition? 40%
- 18. Did your business experience a significant decrease in competition? 35%
- 19. Did your business experience a significant increase in customer satisfaction? 45%
- 20. Did your business experience a significant decrease in customer satisfaction? 50%

http://localhost:13124/Previewer/Survey.ashx?\_x=localhost-internal-NIC HF\_OBSERVA... 6/30/2022

[illegible]







[illegible]

☐☐

Otro (especificar)

Page Break



**Collection:** CHECKLIST

**Contains:** SELECTION\_AREA, SURVEY\_SUBMIT, ANTENATAL\_POSTNATAL\_CARE, DELIVERY\_ROOM, CHILD\_HEALTH\_SERVICES, FAMILY\_PLANNING, VACCINATION, COLD\_CHAIN, DIAGNOSTIC\_IMAGING, BIO\_HAZARD, PHARMACY, LAB\_SERVICES, GENERAL\_CONDITIONS

**Lista de verificación de observación**

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

**Question:** SELECTION\_AREA**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Consultorios de atención prenatal y postnatal y/o consultorio gineco-obstétrico	
2	Sala de labor y parto	(Error!)
4	Área de planificación familiar	
5	Área de atención a niños y/o consultorio de pediátrica	
6	Área de aplicación de vacunas	
7	Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)	
8	Área de diagnóstico por imágenes (rayos X, ultrasonido)	(Error!)
9	Área de disposición de residuos biológico infecciosos (incinerador)	
10	Farmacia	
11	Laboratorio	(Error!)
12	Condiciones generales de la unidad	
13	Al final de la encuesta	



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

En la clínica de atención integral o sede sector, van a revisar los menús desplegables relacionados con:

1. área de atención prenatal
2. área de planificación familiar (PF)
3. área de atención al niño.

**Recuerde revisar TODAS las áreas en busca del insumo/equipo solicitado.**

- ☐ Consultorios de atención prenatal y postnatal y/o consultorio gineco-obstétrico
- ☐ Sala de labor y parto
- ☐ Área de planificación familiar
- ☐ Área de atención a niños y/o consultorio de pediátrica
- ☐ Área de aplicación de vacunas
- ☐ Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)
- ☐ Área de diagnóstico por imágenes (rayos X, ultrasonido)
- ☐ Área de disposición de residuos biológico infecciosos (incinerador)
- ☐ Farmacia
- ☐ Laboratorio
- ☐ Condiciones generales de la unidad
- ☐ Al final de la encuesta

Auto Page Break

**Question:** SURVEY\_SUBMIT**Required****Show if:** (SELECTION\_AREA = 13:[Al final de la encuesta])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

☐ Sí☐ No

Auto Page Break

**Jump-To:** JUMP\_SELECTION

**Description:**

**Jump-To-Item:** SELECTION\_AREA

**Jump-If:** (SURVEY\_SUBMIT = 0:[No])

**Collection:** ANTENATAL\_POSTNATAL\_CARE

**Contains:** CL\_ANPST\_RM, COL\_ANC, COMMENT\_ANC

**Show if:** (SELECTION\_AREA = 1:[Consultorios de atención prenatal y postnatal y/o consultorio gineco-obstétrico]) or (TRASH = 1:[show all folders])

### Atención prenatal y post-natal

**Question:** CL\_ANPST\_RM

**Required**

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



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

Características de las áreas físicas:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

**Collection:** COL\_ANC

**Contains:** ANC\_IMAGING\_1, ANC\_IMAGING\_1\_FUNC, AVAIL\_PRO\_1, AVAIL\_PRO\_2, CLN\_ANC\_DOC, CLN\_PNC\_DOC

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

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

**BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS**

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT1

10.	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Balanza de pie con tallímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mesa para examen ginecológico o camilla	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cinta obstétrica del CLAP / Cinta métrica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lámpara de cuello de cisne o foco o de mano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tensiómetro (esfigmomanómetro)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT11

11.	Observado	Total observados	Total funcionando
Equipo de inserción de DIU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT2

12.	Observado (Sí/No)
Historia clínica materno perinatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Carnet o tarjeta materno perinatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gestograma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT2\_AMB\_BAS

13.	Observado
Termómetro oral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Termómetro digital	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Page Break

**Custom Layout Question:** C\_ANC\_INPUT3\_AMB\_BAS

14.

Observado

Termómetro axilar  **Question Block:** ANC\_IMAGING\_1**Contains:** ANC\_IMAGING\_1\_1, ANC\_IMAGING\_1\_4**Required**

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



15.

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

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

**Question Block:** ANC\_IMAGING\_1\_FUNC**Contains:** ANC\_IMAGING\_1\_FUNC\_1, ANC\_IMAGING\_1\_FUNC\_4**Required**

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



16.

Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

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

Page Break

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

**Question Block:** AVAIL\_PRO\_1

**Contains:** AVAIL\_PRO\_1\_1, AVAIL\_PRO\_1\_2, AVAIL\_PRO\_1\_4, AVAIL\_PRO\_1\_5, AVAIL\_PRO\_1\_6, AVAIL\_PRO\_1\_7, AVAIL\_PRO\_1\_8, AVAIL\_PRO\_1\_9, AVAIL\_PRO\_1\_10

**Required**

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



17. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos:

(En esta seccion, revise afiches, rotafolios, murales, brochures, y tríptico.)

Norma y protocolo de planificación familiar (PF)	-- Seleccione uno --
Norma y protocolo para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo	-- Seleccione uno --
Materiales sobre consejería en nutrición	-- Seleccione uno --
Materiales sobre higiene	-- Seleccione uno --
Materiales sobre planificación familiar (PF)	-- Seleccione uno --
Materiales sobre el cuidado del recién nacido	-- Seleccione uno --
Materiales sobre señales de peligro en niños	-- Seleccione uno --
Materiales sobre lactancia materna	-- Seleccione uno --
Materiales sobre señales de peligro el embarazo, parto y puerperio	-- Seleccione uno --

**Question Block:** AVAIL\_PRO\_2

**Contains:** AVAIL\_PRO\_2\_1

**Required**

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



18. Indique la disponibilidad de protocolos y materiales educativos:

*Los siguientes materiales deben estar colocados en la pared o en un lugar visible*

(En esta seccion, revise afiches, rotafolios, murales, brochures, y tríptico.)

Materiales visuales para educación sobre embarazo y atención prenatal	-- Seleccione uno --
---	----------------------

**Question:** CLN\_ANC\_DOC

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	



0	No observado	
-2	Rechazó mostrar	



19. Solicite ver los registros de mujeres con atención prenatal en el censo gerencial de la embarazada

- ☐ Observado  
☐ No observado  
☐ Rechazó mostrar

**Question:** CLN\_PNC\_DOC

**Required**

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



20. Solicite ver los registros de mujeres con atención postparto en el censo gerencial de la embarazada

- ☐ Observado  
☐ No observado  
☐ Rechazó mostrar

**Question:** COMMENT\_ANC



21. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** DELIVERY\_ROOM

**Contains:** CL\_DEL\_RM, COL\_DEL, COL\_EMER, COMMENT\_DEL

**Show if:** (FACILITY\_TYPE >= 2) and ((TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 2:[Sala de labor y parto]))

### Sala de labor y parto

NOTA: Si los equipos no se encuentra en esta área, buscar en centro de equipos o en otras áreas en la unidad de salud.

**Question:** CL\_DEL\_RM

**Required**

**Show if:** (FACILITY\_TYPE >= 2)

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



22. Solicite ver la sala de labor y parto o lugar donde atiende los nacimientos.

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

- ☐ Área no privada
- ☐ Otro
- ☐ No se dan estos servicios
- ☐ Rechazó mostrar

Page Break

---

**Collection:** COL\_DEL**Contains:** DEL\_BASIC-COMP, DEL\_ROOM\_INDIG\_POP, DEL\_ROOM\_ROPE**Show if:** (CL\_DEL\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])**Collection:** DEL\_BASIC-COMP**Contains:** **Show if:** (FACILITY\_TYPE >= 2)

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

**BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS****Custom Layout Question:** C\_DEL\_INPUT1

23.

Observado  
(Sí/No)

Total observados

Total funcionando

Guía para suero

☐ ▼

Microgotero

☐ ▼Campos estériles  
para recibir al  
recién nacido☐ ▼

Sonda

Nasogástrica para  
neonato☐ ▼

Indique la disponibilidad de los siguientes insumos:

**Custom Layout Question:** C\_DEL\_INPUT2

24.

Observado (Sí/No)

Catéter Intravenoso Estéril N° 14

☐ ▼

Catéter Intravenoso Estéril N° 16

☐ ▼

Catéter Intravenoso Estéril N° 18

☐ ▼**Question:** DEL\_ROOM\_INDIG\_POP**Required****Show if:** (CL\_DEL\_RM is-none-of -1:[No se dan estos servicios] or -2:[Rechazó mostrar])**Scale Summary**

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



25. Sala de expulsión o nacimiento para parto humanizado:

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

**Question:** DEL\_ROOM\_ROPE**Required****Show if:** (CL\_DEL\_RM is-none-of -1:[No se dan estos servicios] or -2:[Rechazó mostrar])**Scale Summary**

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



26. Verifique si la sala para nacimientos culturalmente adaptados (parto humanizado) tiene una cuerda/mecate

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrar

**Collection:** COL\_EMER

**Contains:** CL\_EM\_RM, HEM\_UTR\_BLN, HEM\_UTR\_BLN\_CHECK, EMERGENCY\_CARE\_BASIC, EMERGENCY\_CARE\_COMP

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

### Sala de atención de emergencias

**Question:** CL\_EM\_RM

**Required**

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



27. Solicite ver las areas donde se atienden a los partos (normales o complicados):  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

---

**Question:** HEM\_UTR\_BLN  
**Minimum checks:** 1



28. Observe si los siguientes suministros se encuentran disponibles en la sala de labor y parto:

- ☐ Balón para taponamiento uterino producido comercialmente (por ej. Bakri, Rusch, Ebb)
- ☐ Balón para taponamiento uterino pre-ensamblado fuera de la unidad de salud (no producido comercialmente)
- ☐ Balón para taponamiento uterino ensamblado en la unidad de salud (no producido comercialmente)
- ☐ Kit o paquete con insumos para taponamiento uterino (por ej. catéter, condón, jeringas, suturas) (No cuentan los componentes individuales observados en otra área de la unidad)
- ☐ No observado
- ☐ Se negó a mostrar

Auto Page Break

---

**Question:** HEM\_UTR\_BLN\_CHECK  
**Minimum checks:** 1  
**Show if:** (HEM\_UTR\_BLN is-any-of )



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

- ☐ Condón
- ☐ Catéter Foley 24
- ☐ Catéter (otro)
- ☐ Jeringa 60cc
- ☐ Jeringa 10cc
- ☐ Jeringa (otro)
- ☐ Sutura
- ☐ Guantes
- ☐ Bolsa de infusión intravenosa con solución salina
- ☐ Conjunto IV
- ☐ Pinzas de 2 anillos
- ☐ Tijeras
- ☐ Espéculo de Sims
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Page Break

---

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

**BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS**

**Collection:** EMERGENCY\_CARE\_BASIC  
**Contains: Show if:** (FACILITY\_TYPE = 2)

**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_BASIC1

30.	Observado (Sí/No)	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro	<input type="checkbox"/>		
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>		
Dopler portátil	<input type="checkbox"/>		
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/>		
Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/>		
Bolsa de reanimación para adulto	<input type="checkbox"/>		
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/>		
Laringoscopio	<input type="checkbox"/>		
Equipo básico para legado uterino	<input type="checkbox"/>		

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_BASIC2

31.

Observado (Sí/No) Total observados

Total funcionando

Autoclave

Page Break



**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_BASIC3

32.	Observado (Sí/No)	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio de pinard	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Collection:** EMERGENCY\_CARE\_COMP**Contains:** Show if: (FACILITY\_TYPE = 3)**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_COMP1

33.	Observado (Sí/No)	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dopler portátil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esterilizador de calor seco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanque de oxígeno / red de oxígeno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de reanimación para adulto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bolsa de resucitación neonatal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laringoscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipo AMEU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Anestesia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipos para Cesárea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_COMP2

34.

Observado  
(Sí/No)

Total observados

Total funcionando

Estetoscopio de  
pinard  

Page Break

**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_COMP3

35.

Observado (Sí/No) Total observados

Total funcionando

Autoclave

Page Break

**Custom Layout Question:** C\_EMG\_INPUT\_COMP4

36.

Observado  
(Sí/No)

Total observados

Total funcionando

Estetoscopio  
neonatal☐**Question:** COMMENT\_DEL

37. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** CHILD\_HEALTH\_SERVICES**Contains:** CL\_CHILD\_RM, COL\_CHLD, COMMENT\_CHLD**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 5:[Área de atención a niños y/o consultorio de pediátrica])**Área o Sala de atención para niños****Question:** CL\_CHILD\_RM**Required**

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



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

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

Page Break

**Collection:** COL\_CHLD**Contains:** CH\_MATERIALS\_1, REG\_CHL\_SER**Show if:** (CL\_CHILD\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])

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

BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT

39.	Observado	Total observados	Total funcionando
Balanza pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tallímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT0

40.	Observado	Total observados	Total funcionando
Estetoscopio pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT2

41.	Observado (Sí/No)
Termómetro oral	<input type="checkbox"/>
Termómetro axilar	<input type="checkbox"/>
Termómetro digital	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo (VPCD)	<input type="checkbox"/>

**Custom Layout Question:** C\_CLD\_INPUT1\_C

42.	Observado	Total observados	Total funcionando
Tensiómetro pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Negatoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Page Break

**Question Block:** CH\_MATERIALS\_1**Contains:** CH\_MATERIALS\_1\_1, CH\_MATERIALS\_1\_2**Required**

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)	Observado	No observado	Rechazó mostrar
Materiales impresos sobre síntomas y signos de peligro en niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños (cartilla del programa amor para los más chiquitos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** REG\_CHL\_SER**Required**

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



44. Si está disponible, pida ver los registros donde es anotada la información del servicio de atención a niños

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

☐ Observado☐ No observado☐ Otro (ESPECIFIQUE):
☐ Se negó a mostrar**Question:** COMMENT\_CHLD

45. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** FAMILY\_PLANNING**Contains:** CL\_FP\_RM, COL\_FP, COMMENT\_FP**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 4:[Área de planificacion familiar])**Área de planificación familiar (PF)****Question:** CL\_FP\_RM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva	

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



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

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

Page Break

---

**Collection:** COL\_FP**Contains:** CONTRA\_AV, CONTRA\_STORE, MAT\_FAMPLAN, KARDEX\_FP, KARDEX\_FP\_IUDDEVICE, CONTRA\_SUP\_TM1, FP\_AV\_REG, FP\_OUT, AVAIL\_PRO, FP\_MATERIALS**Show if:** (CL\_FP\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])**Question:** CONTRA\_AV**Required**

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



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

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

Auto Page Break



**Question:** CONTRA\_STORE**Required**

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

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe

**Question:** MAT\_FAMPLAN**Minimum checks:** 1

49. ¿Cuáles de los siguientes materiales sobre planificación familiar (PF) están disponibles?

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

Page Break

---

Anote la existencia de los siguientes insumos:

**BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS**

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT

50.		Observado (Sí/No)
Condón masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inyectables (1 mes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inyectables (3 meses) (por ejemplo, depo o medroxiprogesterona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante anticonceptivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras (especifique):	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT1

51.	Observado (Sí/No)
Dispositivo intrauterino	<input type="checkbox"/>

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

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT1\_BC

52.	Observado (Sí/No)	Total observados
Equipo para inserción de DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Custom Layout Question:** C\_FP\_INPUT1\_C

53.	Observado	Total observados
Equipo y material quirúrgico para realizar la Oclusión Túbica Bilateral (OTB)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Equipo y material quirúrgico para realizar la Vasectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Page Break

Revise los registros SIGLIM (manual o impreso) para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

**Question Block:** KARDEX\_FP

**Contains:** KARDEX\_FP\_OCP, KARDEX\_FP\_INJPROG, KARDEX\_FP\_INJ, KARDEX\_FP\_MCON

**Required**

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



54. Verifique los siguientes registros en el SIGLIM (manual o impreso):

	SIGLIM observado	SIGLIM no observado
Pastillas anticonceptivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables (1 mes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inyectables (3 meses)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condón masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Custom Layout Question:** C\_FP\_1



55.

Pastillas anticonceptivas

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼

**Custom Layout Question:** C\_FP\_3



56.

Inyectables (1 mes)

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼

**Custom Layout Question:** C\_FP\_4



57.

Inyectables (3 meses)

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼

**Custom Layout Question:** C\_FP\_5



58.

Condón masculino

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼

**Custom Layout Question: C\_FP\_7**

59.

Implante anticonceptivo

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼**Question: KARDEX\_FP\_IUDDEVICE****Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registro de inventario observado	
0	Registro de inventario no observado	



60. Dispositivo intrauterino

☐ Registro de inventario observado☐ Registro de inventario no observado**Custom Layout Question: C\_FP\_6**

61.

Dispositivo intrauterino

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Page Break

**Question:** CONTRA\_SUP\_TM1**Required****Show if:** (CONTRA\_AV is-any-of 1:[Sí, en el área de planificación familiar (PF)] or 2:[Sí, en la farmacia o en otra área de la unidad de salud, pero no en el área de planificación familiar (PF).] or 3:[Sí, están bajo llave, no se tiene acceso fácilmente.] )

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

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

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

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



63. Si está disponible, pida ver el rol de charlas o un expediente médico dónde estén registradas la consejería de planificación familiar (PF) otorgadas.

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

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

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



64. Por favor pregunte sobre el registro de los servicios de planificación familiar (PF) que se ofrecen fuera de la unidad de salud y verifique cuántos días en un mes se ofrecen este tipo de servicios fuera de la unidad de salud.

(CONVIERTA SEMANAS Y MESES A DÍAS)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question Block:** AVAIL\_PRO**Contains:** FAMILY\_PLANNING\_1, FAMILY\_PLANNING\_2, FAMILY\_PLANNING\_3, FAMILY\_PLANNING\_4**Required**

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

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



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

(ANOTE UNA OPCIÓN PARA CADA PREGUNTA)	Observada	No observada	Se negó a mostrar
Guía para atención de personas con datos sugerentes de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material destinado a brindar consejería en métodos anticonceptivos naturales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras guías o protocolos para diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material destinado a brindar consejería en métodos anticonceptivos modernos (pastillas, inyecciones, DIUs, condones, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question Block:** FP\_MATERIALS**Contains:** FP\_MATERIALS\_1, FP\_MATERIALS\_2, FP\_MATERIALS\_3, FP\_MATERIALS\_4, FP\_MATERIALS\_5, FP\_MATERIALS\_6, FP\_MATERIALS\_7**Required**

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

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



66. Por favor pida que le muestren los siguientes tipos de folletos informativos o folletos para llevar a casa en la lengua nativa.

	Observado	No observado	Se negó a mostrar
Materiales impresos sobre higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre nutrición y			

alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre síntomas y signos de peligro en niños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre crecimiento y desarrollo de los niños (cartilla del programa amor para los más chiquitos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiales impresos sobre lactancia materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre planificación familiar (PF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posters sobre información general sobre Infecciones de Transmisión Sexual o VIH/SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** COMMENT\_FP



67. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** VACCINATION

**Contains:** CL\_IMM\_RM, COL\_VACC, COMMENT\_VACCINATION

**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 6:[Área de aplicacion de vacunas])

### Área o cuarto de vacunación

**Question:** CL\_IMM\_RM

**Required**

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



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

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

Page Break

---

**Collection:** COL\_VACC**Contains:** CL\_VAC\_INJ\_TYPE\_, CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS, REG\_IMM\_SER**Show if:** (CL\_IMM\_RM is-any-of 1:[Área o consultorio privado, con privacidad visual y auditiva] or 2:[Área o consultorio no privado, sin privacidad visual ni auditiva] or 3:[Área con privacidad visual únicamente] or 0:[Área no privada] or 995:[Otro])**Question:** CL\_VAC\_INJ\_TYPE\_**Minimum checks:** 1

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

(SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES )

- ☐ Observado, desechable
- ☐ Observado, esterilizable
- ☐ Observado, autoinutilizable
- ☐ Informado, no visto
- ☐ Observados, otros
- ☐ Se negó a mostrar

**Question Block:** CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS**Contains:** CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS\_1, CL\_CHILD\_VAC\_ITEMS\_2**Required**

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



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

(SELECCIONE UNO EN CADA UNO )

	Observado	No se observó	Otro	Se negó a mostrar
Esquema nacional de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hojas de resumen o registros permanentes para registros de vacunación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** REG\_IMM\_SER**Required**

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



71. Pida que le enseñen los registros de información del servicio de vacunación para niños (cuaderno de seguimiento del PAI)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN).

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



**Question:** COMMENT\_VACCINATION

72. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** COLD\_CHAIN**Contains:** VACC\_STR1, COL\_COLD\_CHAIN, COMMENT\_COLD\_CHAIN**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 7:[Área de almacenamiento de vacunas (cadena fría)])**Cadena de frío****Question:** VACC\_STR1**Required**

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

**Collection:** COL\_COLD\_CHAIN

**Contains:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT, CL\_VAC\_CARR1, CL\_VAC\_CARR2, CL\_VAC\_CARR\_ICE, VAC\_SUPPLY, CL\_VAC\_TEMP\_1, CL\_VAC\_TEMP\_2, CL\_VAC\_TEMP\_3, CL\_VAC\_TEMP\_4, CL\_VAC\_TEMP\_5, CL\_VAC\_TEMP\_6, CL\_VAC\_TEMP\_7, CL\_VAC\_TEMP\_8, CL\_VAC\_TEMP\_9, CL\_VAC\_TEMP\_10

**Show if:** (VACC\_STR1 is-any-of 1:[Sí, se almacenan vacunas en la unidad de salud] or 2:[Son recogidas de otra unidad o entregadas inmediatamente antes de su uso.])

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

**Custom Layout Question:** C\_VAC\_STR



74.

Cantidad utilizada para  
**el almacenamiento de  
vacunas**

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

Refrigerador eléctrico



Refrigerador de  
querosén



Refrigerador de gas



Refrigerador solar



Caja fría



**Custom Layout Question:** C\_VAC\_STR\_2



75.

Cantidad utilizada **NO** para  
el almacenamiento de vacunas

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

Refrigerador eléctrico



Refrigerador de  
querosén



Refrigerador de gas



Refrigerador solar



Caja fría



Page Break

Verifique los termómetros e indique

**Custom Layout Question:** C\_VAC\_THERM



76.

Cantidad

Funcionando

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

0 = ninguno; -2 = rechazó  
mostrar

Termómetros de alcohol

Termómetros analógico o  
mecánico

Otro (especifique)

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT**Required****Show if:** (FRIDGE > 0)

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



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

- ☐ Sí, todos ellos  
☐ Sí, algunos de ellos  
☐ No protegidas  
☐ Otro  
☐ Se negó a mostrar

**Question:** CL\_VAC\_CARR1**Required**

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



78. Pida para ver las cajas frías de transporte de vacunas disponibles

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

**Question:** CL\_VAC\_CARR2**Required**

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



79. Pida para ver los termos de transporte de vacunas disponibles y verifique sus condiciones

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

Auto Page Break

**Question:** CL\_VAC\_CARR\_ICE**Required****Show if:** (CL\_VAC\_CARR1 = 1:[Observadas, cantidad de cajas vistas:]) or (CL\_VAC\_CARR2 = 1:[Observadas, cantidad de cajas vistas:])

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



80. Pida ver los refrigerantes o geles fríos usados en las cajas de transporte de vacunas (juego = cuatro o cinco por caja).

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

Page Break

---

**Collection:** VAC\_SUPPLY**Contains:** REG\_SUP\_VAC, VAC\_SUPPLY\_1**Suministro de vacunas****Question:** REG\_SUP\_VAC**Required**

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



81. Por favor pida que le enseñen donde se registra el suministro (recepción) de vacunas (tarjetas de kardex)

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

Page Break

**Collection:** VAC\_SUPPLY\_1**Contains:** KARDEX\_VACCINES, VAC\_SUP\_TM1**Show if:** (REG\_SUP\_VAC is-any-of 1:[Registro observado] or 995:[Otro])

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

**Question Block:** KARDEX\_VACCINES**Contains:** KARDEX\_PENTA, KARDEX\_POLIO, KARDEX\_MMR, KARDEX\_FLU, KARDEX\_ROTA, KARDEX\_PNEU, KARDEX\_BCG**Required**

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



82. Verifique los siguientes kardex de abastecimiento u otro registro de las siguientes vacunas:

	Kardex observado	Kardex no observado
Pentavalente o (DPT + Hib + HepB)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polio/IPV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SRP/MMR (sarpmpion, rubeola, y parotiditis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjugado neumococcico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verifique el abastecimiento de las siguientes vacunas para hoy:

**Custom Layout Question:** C\_VAC\_REG\_1

83.

Observado

Pentavalente

☐ ▼

Polio/IPV

☐ ▼

SRP/MMR (sarpmpión, rubeola y parotiditis)

☐ ▼

Rotavirus

☐ ▼

Conjugado neumocóccico

☐ ▼

BCG

☐ ▼
**Custom Layout Question:** CL\_VAC\_CHECK\_1

84.

Observado (Sí/No)

Vacuna antitetánica ☐ ▼

Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_VAC\_REG\_2

---



85.

Observado

DPT (como vacuna alternativa a la pentavalente)

☐

Hepatitis B (como vacuna alternativa a la pentavalente)

☐

Hib (como vacuna alternativa a la pentavalente)

☐ 

---

Page Break

---



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

**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_BCG**

86.

BCG

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_MMR**

87.

SRP/MMR (sarampión, rubeola y parotiditis)

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_PENTA**

88.

Pentavalente

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_DPT**

89.

DPT (como vacuna alternativa a la pentavalente)

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_HEPB**

90.

Hepatitis B (como vacuna alternativa a la pentavalente)

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_HIB**

91.

Hib (como vacuna alternativa a la

pentavalente)

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

▼Se quedó sin ellos en el penúltimo mes  
(Sí/No)▼Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes  
(Sí/No)▼**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_POLIO**

92.

Polio

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

▼**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_ROTAV**

93.

Rotavirus

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

▼**Custom Layout Question: C\_VAC\_SUP\_PNEU**

94.

Conjugado neumocócico

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

▼**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP1\_TET**

95.

Vacuna antitetánica

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

▼

Page Break

**Question:** VAC\_SUP\_TM1**Required****Show if:** (REG\_SUP\_VAC = 1:[Registro observado])

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



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

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

Page Break

---

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_1**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_1, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_1, CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_1, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_1, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_1, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_1, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_1**Show if:** (FRIDGE > 0)**Para refrigerador #1, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_1**Required**

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



97. Indique la última temperatura registrado.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1**Required**

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



98. Para el refrigerador que almacena vacunas, pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío en el refrigerador (registro de control de temperatura).

(Note que sólo aplica a refrigeradores y NO a freezers.)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_1**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1 = 1:[Observados])

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_1**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1 = 1:[Observados])

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



100. Excluyendo los feriados locales, verifique si se completó el registro de la temperatura dos veces por día de **lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_1**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1 = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_1

**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1 = 1:[Observados])

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



102. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2 a 8 C de lunes a viernes (excluyendo los feriados locales) en los últimos 30 días.

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_1**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_1 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_1.DAY > 0)

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



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_1**Required**

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



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

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

Page Break

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_2

**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_2, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_2, CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_2, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_2, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_2, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_2, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_2

**Show if:** (FRIDGE > 1)

**Para refrigerador #2, respuesta a las siguientes preguntas:**

**Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_2

**Required**

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



105. Indique la última temperatura registrado.  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2

**Required**

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



106. Para el refrigerador que almacena vacunas, pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío en el refrigerador (registro de control de temperatura).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Page Break



**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_2**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2 = 1:[Observados])

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_2**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2 = 1:[Observados])

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



108. Excluyendo los feriados locales, verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_2**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2 = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_2

**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2 = 1:[Observados])

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



110. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2 a 8 C de lunes a viernes (excluyendo los feriados locales) en los últimos 30 días.

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_2**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_2 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_2.DAY > 0)

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



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_2**Required**

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



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

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_3**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_3, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_3, CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_3, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_3, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_3, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_3, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_3**Show if:** (FRIDGE > 2)**Para refrigerador #3, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_3**Required**

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



113. Indique la última temperatura registrado.  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3

**Required**

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



114. Para el refrigerador que almacena vacunas, pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío en el refrigerador (registro de control de temperatura).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_3**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3 = 1:[Observados])

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_3**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3 = 1:[Observados])

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



116. Excluyendo los feriados locales, verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_3**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3 = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_3

**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3 = 1:[Observados])

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



118. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2 a 8 C de lunes a viernes (excluyendo los feriados locales) en los últimos 30 días.

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_3**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_3 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_3.DAY > 0)

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



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_3**Required**

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



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

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_4

**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_4, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_4, CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_4, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_4, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_4, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_4, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_4

**Show if:** (FRIDGE > 3)

**Para refrigerador #4, respuesta a las siguientes preguntas:**

**Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_4**Required**

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



121. Indique la última temperatura registrado.  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4

**Required**

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



122. Para el refrigerador que almacena vacunas, pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío en el refrigerador (registro de control de temperatura).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Page Break

---



**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_4**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4 = 1:[Observados])

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_4**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4 = 1:[Observados])

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



124. Excluyendo los feriados locales, verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_4**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4 = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_4

**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4 = 1:[Observados])

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



126. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2 a 8 C de lunes a viernes (excluyendo los feriados locales) en los últimos 30 días.

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_4**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_4 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_4.DAY > 0)

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



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_4**Required**

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



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

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_5**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_5, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_5, CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_5, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_5, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_5, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_5, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_5**Show if:** (FRIDGE > 4)**Para refrigerador #5, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_5**Required**

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



129. Indique la última temperatura registrado.  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5

**Required**

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



130. Para el refrigerador que almacena vacunas, pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío en el refrigerador (registro de control de temperatura).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_5**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5 = 1:[Observados])

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_5**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5 = 1:[Observados])

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



132. Excluyendo los feriados locales, verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_5**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5 = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_5

**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5 = 1:[Observados])

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



134. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2 a 8 C de lunes a viernes (excluyendo los feriados locales) en los últimos 30 días.

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_5**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_5 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_5.DAY > 0)

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



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_5**Required**

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



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

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_6

**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_6, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_6, CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_6, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_6, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_6, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_6, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_6

**Show if:** (FRIDGE > 5)

**Para refrigerador #6, respuesta a las siguientes preguntas:**

**Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_6**Required**

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



137. Indique la última temperatura registrado.  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6

**Required**

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



138. Para el refrigerador que almacena vacunas, pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío en el refrigerador (registro de control de temperatura).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Page Break

---



**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_6**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados])

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_6**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados])

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



140. Excluyendo los feriados locales, verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_6**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_6

**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados])

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



142. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2 a 8 C de lunes a viernes (excluyendo los feriados locales) en los últimos 30 días.

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_6**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_6.DAY > 0)

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



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_6**Required**

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



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

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_7**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_7, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_7, CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_7, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_7, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_7, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_7, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_7**Show if:** (FRIDGE > 6)**Para refrigerador #7, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_7**Required**

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



145. Indique la última temperatura registrado.  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7

**Required**

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



146. Para el refrigerador que almacena vacunas, pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío en el refrigerador (registro de control de temperatura).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_7**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7 = 1:[Observados])

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_7**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados])

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



148. Excluyendo los feriados locales, verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_7**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7 = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_7

**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7 = 1:[Observados])

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



150. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2 a 8 C de lunes a viernes (excluyendo los feriados locales) en los últimos 30 días.

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_7**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_7 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_7.DAY > 0)

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



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

- ☐ Especificar acción:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_7**Required**

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



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

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_8

**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_8, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_8, CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_8, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_8, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_8, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_8, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_8

**Show if:** (FRIDGE > 7)

**Para refrigerador #8, respuesta a las siguientes preguntas:**

**Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_8**Required**

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



153. Indique la última temperatura registrado.  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8

**Required**

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



154. Para el refrigerador que almacena vacunas, pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío en el refrigerador (registro de control de temperatura).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):  
):

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

Page Break

---



**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_8**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8 = 1:[Observados])

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_8**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados])

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



156. Excluyendo los feriados locales, verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_8**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8 = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_8

**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8 = 1:[Observados])

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



158. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2 a 8 C de lunes a viernes (excluyendo los feriados locales) en los últimos 30 días.

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_8**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_8 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_8.DAY > 0)

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



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_8**Required**

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



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

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_9**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_9, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_9, CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_9, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_9, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_9, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_9, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_9**Show if:** (FRIDGE > 8)

**Para refrigerador #9, respuesta a las siguientes preguntas:**

**Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_9**Required**

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



161. Indique la última temperatura registrado.  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9

**Required**

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



162. Para el refrigerador que almacena vacunas, pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío en el refrigerador (registro de control de temperatura).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_9**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9 = 1:[Observados])

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_9**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados])

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



164. Excluyendo los feriados locales, verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_9**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9 = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_9

**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9 = 1:[Observados])

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



166. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2 a 8 C de lunes a viernes (excluyendo los feriados locales) en los últimos 30 días.

- ☐ Número de días:
- ☐ No registrado

Page Break

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_9**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_9 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_9.DAY > 0)

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



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_9**Required**

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



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

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

**Collection:** CL\_VAC\_TEMP\_10**Contains:** CL\_VAC\_TEMP1\_10, CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_10, CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_10, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_10, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_10, CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_10, CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_10**Show if:** (FRIDGE > 9)**Para refrigerador #10, respuesta a las siguientes preguntas:****Question:** CL\_VAC\_TEMP1\_10**Required**

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

169. Indique la última temperatura registrado.  
(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10

**Required**

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



170. Para el refrigerador que almacena vacunas, pida ver el cuadro de seguimiento de la temperatura de la cadena de frío en el refrigerador (registro de control de temperatura).

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

Page Break

---



**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_10**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10 = 1:[Observados])

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC2\_10**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_6 = 1:[Observados])

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



172. Excluyendo los feriados locales, verifique si se completó el registro de temperatura dos veces por día **para cada lunes a viernes** en los últimos 30 días.

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

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

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_10**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10 = 1:[Observados])

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



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

- ☐ Número de días:   
☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW2\_10

**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10 = 1:[Observados])

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



174. Revise el registro de temperatura e indique en cuántos días la temperatura estuvo fuera del rango de 2 a 8 C de lunes a viernes (excluyendo los feriados locales) en los últimos 30 días.

☐ Número de días:

☐ No registrado

Page Break

---

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_REC\_ACT\_10**Required****Show if:** (CL\_VAC\_TEMP\_CHRT\_10 = 1:[Observados]) and (CL\_VAC\_TEMP\_REC\_BELOW\_10.DAY > 0)

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



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

- ☐ Especificar acción:
- ☐ No registrado

**Question:** CL\_VAC\_TEMP\_PRT\_10**Required**

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



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

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

**Question:** COMMENT\_COLD\_CHAIN

177. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Page Break

**Collection:** DIAGNOSTIC\_IMAGING**Contains:** DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC, COMMENT\_DIAGNOSTIC\_IMAGING**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 8:[Área de diagnóstico por imágenes (rayos X, ultrasonido)])**Área de diagnóstico por imagen****Question Block:** DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1**Contains:** DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_1, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_2, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_3, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_4**Required**

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



178.

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

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

**Question Block:** DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC**Contains:** DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC\_1, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC\_2, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC\_3, DIAGNOSTIC\_IMAGING\_1\_FUNC\_4**Required**

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



179.

Por favor anote el funcionamiento del siguiente equipo e insumos.

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

**Question:** COMMENT\_DIAGNOSTIC\_IMAGING



180. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** BIO\_HAZARD

**Contains:** WASTE\_DIS, COL\_BIOHAZARD, COMMENT\_BIO\_HAZARD

**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 9:[Área de disposición de residuos biológico infecciosos (incinerador)])

### Área de disposición de desechos biológicos peligrosos

**Question:** WASTE\_DIS

**Required**

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



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

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

Page Break

---

**Collection:** COL\_BIOHAZARD  
**Contains:** REG\_WASTE\_DIS, AUTOCLAVES  
**Show if:** (WASTE\_DIS is-any-of 1:[Observado])

**Question:** REG\_WASTE\_DIS  
**Required**

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



182. Pida que se lleva, si existe, algún registro de información sobre la disposición de residuos biológicos peligrosos

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Observado  
☐ No observado  
☐ Se niega a mostrar

**Question:** AUTOCLAVES  
**Required**

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



183. Pida ver los autoclaves.

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

**Question:** COMMENT\_BIO\_HAZARD



184. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** PHARMACY  
**Contains:** C\_PH\_CHECK1, C\_PH\_SUP1, C\_PH\_CHECK\_OTHER, COMMENT\_PHARMACY  
**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 10:[Farmacia])

### Farmacia

**Collection:** C\_PH\_CHECK1  
**Contains:** C\_PH\_LOCATION\_PLATEOBJ, C\_PH\_LOCATION\_CLAMP, C\_PH\_LOCATION\_LODO, C\_PH\_LOCATION\_INSUL

Registre si se observaron los siguientes insumos

**BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS**

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK\_1




185. Observado (Sí/No)

Hierro    
Acido fólico

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK1\_BC


 186. Observado  
Láminas portaobjetos

---

**Question:** C\_PH\_LOCATION\_PLATEOBJ

**Required**

**Show if:** (C\_PH\_CHECK\_PLATEOBJ = 1)

 187. Especifique ubicación de las láminas portaobjetos

---

Page Break

---

Anote si se observaron los siguientes insumos

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK\_CHILD



188.

Observado

Sales de Rehidratación Oral (sobres/paquetes)

Sulfato ferroso en gotas

Sulfato ferroso

Sulfato de Zinc

Gluconato de zinc

Albendazol

Mebendazol

Amoxicilina

Eritromicina

Penicilina benzatínica

Micronutrientes para niños

Page Break

---



Anote si se observaron los siguientes insumos

BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_1\_BC

189.	Observado (Sí/No)
Clamp umbilical	<input type="checkbox"/>
Iodopovidona	<input type="checkbox"/>
Jeringa c/ Aguja Montada (Jeringa insulina)	<input type="checkbox"/>
Lidocaína s/	<input type="checkbox"/>
Oxitocina	<input type="checkbox"/>
Ringer lactato	<input type="checkbox"/>
Oxitetraciclina oftálmica	<input type="checkbox"/>
Vitamina K	<input type="checkbox"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>
Cefalexina	<input type="checkbox"/>

**Question:** C\_PH\_LOCATION\_CLAMP

**Required**

**Show if:** (C\_PH\_CHECK\_BC\_CLAMP = 1)

190. Especifique ubicación del clamp umbilical

**Question:** C\_PH\_LOCATION\_LODO

**Required**

**Show if:** (C\_PH\_CHECK\_BC\_LODO = 1)

191. Especifique ubicación de iodopovidona

**Question:** C\_PH\_LOCATION\_INSUL

**Required**

**Show if:** (C\_PH\_CHECK\_BC\_INSUL = 1)

192. Especifique ubicación de las jeringas c/ aguja montada (jeringa insulina)

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK2\_2\_BC

193.	Observado (Sí/No)
Ergometrina	<input type="checkbox"/>
Maleato de ergonovina	<input type="checkbox"/>
Ergobasina	<input type="checkbox"/>

Page Break

Anote si se observaron los siguientes insumos

BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK\_DEL2



194.

Observado

Epinefrina

▼

Atropina

▼

Solucion salina

▼

Solution Hartman

▼


Page Break

---


Anote si se observaron los siguientes insumos

BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK\_EMG1

 195.	Observado (Sí/No)
Dexametazona	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ampicilina IV 1 gr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ampicilina IV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ampicilina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penicilina cristalina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bencilpenicilina G cristalina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sulfato de Magnesio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nitrofurantoina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK\_EMG1\_BASIC

 196.	Observado
Hidralazina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Page Break

---

Anote si se observaron los siguientes insumos

BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK3\_1\_COMP



197.

Observado (Sí/No)

Sulfato de amikacina

☐

Ceftriaxone

☐

Cloranfenicol

☐

Metronidazol

☐

Hidralazina

☐

Hidralazina clorhidrato

☐

Nifedipina

☐

Furosemida

☐

Diazepam

☐

Clorihidrato de Midazolam

☐

Sevoflurano

☐

Cloruro de Succinilcolina (Suxametonio)

☐

Page Break

---

**Collection:** C\_PH\_SUP1**Contains:** KARDEX\_SUP1, KARDEX\_SUP2, KARDEX\_SUP3, KARDEX\_SUP4

Revise los registros SIGLIM (manual o impreso) para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

**Question Block:** KARDEX\_SUP1**Contains:** KARDEX\_SUP1\_IRON, KARDEX\_SUP1\_FOLIC**Required**

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



198. Verifique los siguientes registros SIGLIM (manual o impreso):

	SIGLIM observado	SIGLIM no observado
Hierro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido folico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto Page Break

---

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

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP1\_IRON



199.

Hierro

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP1\_FOLIC



200.

Acido folico

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Page Break

---

Revise los registros SIGLIM (manual o impreso) para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

**Question Block:** KARDEX\_SUP2

**Contains:** KARDEX\_SUP2\_ORs, KARDEX\_SUP2\_MICROCHILD, KARDEX\_SUP2\_SULFFERR, KARDEX\_SUP2\_SULFZINC, KARDEX\_SUP2\_GLUZINC, KARDEX\_SUP2\_ALBEN, KARDEX\_SUP2\_MEBEN, KARDEX\_SUP2\_AMOXI, KARDEX\_SUP2\_ERYTH, KARDEX\_SUP2\_PENIBEN

**Required**

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



201. Verifique los registros SIGLIM (manual o impreso) u otro registro de abasto del siguiente:

	SIGLIM observado	SIGLIM no observado
Sales de rehidratación oral (sobres o paquetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Micronutrients para niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sulfato Ferroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sulfato de zinc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gluconato de zinc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Albendazol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mebendazol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amoxicilina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eritromicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penicilina benzatinica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto Page Break

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

**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP2\_ORS**

202.

Sales de rehidratación oral (sobres/  
paquetes)

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes  
(Sí/No)☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP2\_MICROCHILD**

203.

Micronutrientes para niños

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP2\_SULFFERR**

204.

Sulfato Ferroso

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP2\_SULFZINC**

205.

Sulfato de Zinc

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP2\_GLUZINC**

206.

Gluconato de Zinc

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP2\_ALBEN**

207.

Albendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question: C\_PH\_SUP2\_MEBEN**

208.





Mebendazol

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_AMOXI

209.

Amoxicilina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_ERYTH

210.

Eritromicina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_PENIBEN

211.

Penicilina benzatínica

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

 ▼

Page Break

Revise los registros SIGLIM (manual o impreso) para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

**Question Block:** KARDEX\_SUP3

**Contains:** KARDEX\_SUP3\_DEXA, KARDEX\_SUP3\_GENTA, KARDEX\_SUP3\_MGS, KARDEX\_SUP3\_CEFTR, KARDEX\_SUP3\_ERGO, KARDEX\_SUP3\_ERGOMAL, KARDEX\_SUP3\_ERGOBAS, KARDEX\_SUP3\_OXY

**Required**

Show if: (FACILITY\_TYPE >= 2)

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



212. Verifique los siguientes registros SIGLIM (manual o impreso):

	SIGLIM observado	SIGLIM no observado
Dexametazona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gentamicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sulfato de magnesio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ceftriaxone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergometrina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maleato de ergonovina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergobasina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oxitocina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto Page Break

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_DEXA

213.

Dexametazona

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_GENTA

214.

Gentamicina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_MGS

215.

Sulfato de Magnesio

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_ERGOMET

216.

Ergometrina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_ERGOMAL

217.

Maleato de ergonovina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_ERGOBAS

218.

Ergobasina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_OXY

219.

Oxitocina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_CEFTR

220.

Ceftriaxone

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

Page Break

---

Revise los registros SIGLIM (manual o impreso) para verificar la existencia de estos insumos en los últimos 3 meses

**Question Block:** KARDEX\_SUP4

**Contains:** KARDEX\_SUP4\_PENICRY, KARDEX\_SUP4\_AMPI1, KARDEX\_SUP4\_AMPIV, KARDEX\_SUP4\_AMPI, KARDEX\_SUP4\_CEFA, KARDEX\_SUP4\_NITRO, KARDEX\_SUP4\_HIDRA

**Required**

Show if: (FACILITY\_TYPE = 2)

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



221. Verifique los siguientes registros SIGLIM (manual o impreso):

	SIGLIM observado	SIGLIM no observado
Penicilina cristalina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampicilina IV 1g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampicilina IV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ampicilina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cefalexina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nitrofurantoina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hidralazina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto Page Break

---

**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_PENICRY

222.

Penicilina cristalina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_AMPI1

223.

Ampicilina IV 1g

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_AMPIIV

224.

Ampicilina IV

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_AMPI

225.

Ampicilina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP2\_CEFA

226.

Cefalexina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_NITRO

227.

Nitrofurantoina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐ ☐**Custom Layout Question:** C\_PH\_SUP3\_HIDRA

228.

Hidralazina

Se quedó sin ellos en el último mes (Sí/No)

☐ ☐

Se quedó sin ellos en el penúltimo mes (Sí/No)

Se quedó sin ellos en el antepenúltimo mes (Sí/No)

☐  
☐

**Collection:** C\_PH\_CHECK\_OTHER  
**Contains:** C\_PH\_LOCATION\_AYRE

Registre si se observaron los siguientes insumos

**Custom Layout Question:** C\_PH\_CHECK4\_ALL



229.

Observado

Paletas de Ayre (para examen de citología cervical) / hisopos

☐

Nitrofurantoina

☐

Metilergonovina

☐

Clorhexidina

☐

**Question:** C\_PH\_LOCATION\_AYRE

**Required**

**Show if:** (C\_PH\_CHECK\_AYRE = 1)



230. Especifique ubicación de las paletas de Ayre/hisopos

Page Break

**Question:** COMMENT\_PHARMACY



231. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** LAB\_SERVICES

**Contains:** LAB\_ROOM, COL\_LAB, COMMENT\_LAB\_SERVICES

**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 11:[Laboratorio])

### Servicios de laboratorio

**Question:** LAB\_ROOM

**Required**

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



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

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

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

Page Break

---



**Collection:** COL\_LAB**Contains: Show if:** (LAB\_ROOM is-any-of 1:[Area privada con privacidad visual y auditiva] or 2:[Area no privada con privacidad visual y auditiva] or 3:[Privacía visual solamente] or 0:[Area no privada] or 995:[Otra])

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

**BUSCAR EN TODO EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN TODAS LAS SALAS Y TODOS LOS SERVICIOS****Custom Layout Question:** C\_LAB\_CHECK\_BC

233.

Observado (Sí/No)

Prueba rápida de sífilis/ R.P.R. (SIFILIS) / Reaginina Plasmática Rápida (Prueba Latex Cuantitativa)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prueba rápida de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kit para prueba de embarazo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tiras para proteína en la orina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mezclador serológico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Medidor de glucosa (Glucometro)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hemoglobina Estándar DET	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Contador de células	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Espectrofotómetro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diagnostico 500	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stax Fax	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Climar Junior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Micro centrifuga para hematocrito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Microscopio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Microscopio fluorescencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Microscopio de campo oscuro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Glucosa en tiras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cinta de uroanálisis cualitativa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mezclador ó rotador serológico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Custom Layout Question:** C\_LAB\_CHECK\_COMP

234.

Observado (Sí/No)

Equipo para inmunoensayo de enzimas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Equipo de análisis de orina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Page Break

**Question:** COMMENT\_LAB\_SERVICES



235. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** GENERAL\_CONDITIONS

**Contains:** EMER\_GEN\_, COL\_GEN, BTHRM\_STAFF, BTHRM\_STFF\_AMEN, BTHRM\_PATIENT, BTHRM\_PATIENT\_AMEN, COMMENT\_GEN

**Show if:** (TRASH = 1:[show all folders]) or (SELECTION\_AREA = 12:[Condiciones generales de la unidad])

### Características generales de la unidad de salud

**Question:** EMER\_GEN\_

**Required**

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



236. Solicite ver la planta de electricidad de emergencia

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarla


Page Break

---

**Collection:** COL\_GEN  
**Contains:** EMER\_WORK, EMER\_FUEL  
**Show if:** (EMER\_GEN\_ is-any-of 1:[Observado])

**Question:** EMER\_WORK  
**Required**  
**Show if:** (EMER\_GEN\_ = 1:[Observado])


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

 237. ¿Funciona la planta de electricidad de emergencia?

- ☐ Sí, funciona  
☐ No funciona  
☐ No sabe

**Question:** EMER\_FUEL  
**Required**  
**Show if:** (EMER\_GEN\_ = 1:[Observado])

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

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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No sabe

Page Break

---

**Question:** BTHRM\_STAFF**Required****Scale Summary**

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



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

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

Auto Page Break

---

**Question:** BTHRM\_STFF\_AMEN**Minimum checks:** 1**Show if:** (BTHRM\_STAFF = 1:[Sí])

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

- ☐ Agua corriendo
- ☐ Toallas de papel
- ☐ Jabón
- ☐ Basurero
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ Rechazo mostrar

**Question:** BTHRM\_PATIENT**Required**

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



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

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

Auto Page Break

**Question:** BTHRM\_PATIENT\_AMEN  
**Minimum checks:** 1  
**Show if:** (BTHRM\_PATIENT = 1:[Sí])



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

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

**Question:** COMMENT\_GEN



243. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Page Break

---

**Jump-To:** JMP\_END\_1**Description:****Jump-To-Item:** End and Submit**Jump-If:** (SELECTION\_AREA = 13:[Al final de la encuesta]) and (SURVEY\_SUBMIT = 1:[Sí])**Jump-To:** JUMP\_SELECTION\_2**Description:****Jump-To-Item:** SELECTION\_AREA**Usted ha llegado al final de la encuesta.**

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat