

0%

Collection: LOGIN
Contains: DATSTAT_ALTPID



Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

Question: DATSTAT_ALTPID
Required



ID:

Collection: MEDICAL_RECORD_REVIEW
Contains: MRR_LOG_IN, MRR_GENERAL_QUESTIONS, MRR_ANC, MRR_DELIVERY, MRR_POSTPARTUM, MRR_PPM_AFTER7

Revisión del registro médico

Collection: MRR_LOG_IN
Contains: MRR_DATE, MRR_INTERVW_ID1, MRR_INTERVW_ID2, MRR_TYPE_UNIT, NAME_REG, FACILITY_ID

Question: MRR_DATE
Required



1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: MRR_INTERVW_ID1
Required



2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR_INTERVW_ID2



3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR_TYPE_UNIT
Required



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



4. Tipo de unidad de salud

- ☐ 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	
4	Madriz	



The diagram illustrates a hierarchical tree structure. The root node is at the top left. It branches out into several main categories. The first major branch on the left contains a dense cluster of nodes, while the second major branch on the right is more elongated and contains fewer nodes. The nodes are represented by small squares, and the edges are lines connecting them. The overall shape is roughly rectangular, with a dense cluster of nodes on the left and a more sparse, elongated structure on the right.

[illegible]

































 6. Identificación de la unidad de salud:
































Category	Percentage of respondents
Current government	80%
Previous governments	20%

[illegible][illegible]





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

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

Collection: MRR_GENERAL_QUESTIONS

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

Preguntas generales

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

Question: MRR_RECORDS

Minimum checks: 1



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

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- ☐ Atención prenatal
☐ Atención al nacimiento
☐ Atención posparto

Question: MRR_MENS_DATE

Required

Scale Summary

Code Label Show-If

1 Fecha:



8. Fecha de última menstruación (FUM)

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

Question: MRR_SELECTION

Required

Scale Summary

Code Label

Show-If

1 Muestra predeterminada por IHME

2 Muestra electrónica en el establecimiento de salud

3 Muestra por mano en el establecimiento de salud

995 Otro:

9. Método para elegir expediente:



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

Este expediente de atención prenatal no es elegible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue . Por favor revisa expedientes con fecha de última menstruación entre 08/06/2015 - 29/08/2016

Este expediente de parto o atención posnatal no es elegible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue , afuera del intervalo razonable para partos en los últimos dos años.

Por favor revisa expedientes con fecha de parto entre 08/06/2015 - 04/06/2017.

Jump-To: JMP2

Description:

Jump-To-Item: END

Jump-If: ((DATE_ELEGIBILITY_2016 = 1) and (DATE_ELEGIBILITY_2015 = 0) and (MRR_RECORDS is-any-of)) or ((DATE_ELEGIBILITY_2015 = 1) and (DATE_ELEGIBILITY_2016 = 0) and (MRR_RECORDS is-any-of)) or ((DATE_ELEGIBILITY_2016 = 1) and (DATE_ELEGIBILITY_2014 = 0) and (MRR_RECORDS is-any-of)) or ((DATE_ELEGIBILITY_2014 = 1) and (DATE_ELEGIBILITY_2016 = 0) and (MRR_RECORDS is-any-of))

Question: MRR_MAR_STAT

Required

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



10. Estado civil/familiar

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

Question: MRR_AGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Registrada	
0	No registrada	



11. Edad

- ☐ Registrada
- ☐ No registrada

Question: MRR_LITERACY

Required

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



12. Alfabetismo (lee y escribe):

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

Question: MRR_ETHNICITY

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mestiza	
2	Indigena	
6	Mayagna	
7	Miskito	
8	Creole	

3	Negra	
4	Blanca	
995	Otro	
-1	No registrado	



13. Etnia:

- ☐ Mestiza
☐ Indigena
☐ Mayagna
☐ Miskito
☐ Creole
☐ Negra
☐ Blanca
☐ Otro
☐ No registrado

Question: MRR_AREA
Required

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



14. Área:

- ☐ Urbana
☐ Rural
☐ No registrado

Question: MRR_EDU
Required

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



15. Educación

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

Question: WOM_REG_ID
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	Bilwi	
1	Jinotega	
3	Las Minas	
2	Matagalpa	
4	Madriz	
6	Chontales	
8	Nueva Segovia	
9	Zelaya Central	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	



16. En que SILAIS/Provincia vive la mujer

- ☐ Bilwi
☐ Jinotega
☐ Las Minas
☐ Matagalpa
☐ Madriz
☐ Chontales
☐ Nueva Segovia
☐ Zelaya Central
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Collection: MRR_ANC


Contains: MRR_ANC_DATE, MRR_ANC_TIME, TET_VIGENTE, MRR_ANC_TET, MRR_ANC_NUM, MRR_ANC_REFFROM, MRR_ANC_REF_DATEFROM, MRR_ANC_REF_TIMEFROM, WOM_ANC_REF_GESTFROM, MRR_ANC_REF_TYPEFROM, MRR_ANC_REF_NAMEFROM, MRR_VISIT_1, MRR_VISIT_2,

MRR_VISIT_3, MRR_VISIT_4, MRR_VISIT_5, MRR_VISIT_6, MRR_VISIT_7, MRR_VISIT_8, MRR_VISIT_9, MRR_VISIT_10, MRR_VISIT_11, MRR_VISIT_12, MRR_VISIT_13, MRR_VISIT_14, MRR_VISIT_15, WOM_ANC_SPECIAL_EVER, WOM_ANC_SPECIAL_TYPE, MRR_ANC_GRAPH, MRR_ANC_GRAPH_TEST, MRR_ANC_RUBELLA, MRR_ANC_HYPERTENSION, MRR_ANC_DIABETES, MRR_ANC_HIST_ABORT, MRR_ANC_HIST_ECL, MRR_ANC_HIST_MAL, MRR_ANC_REFETO, MRR_ANC_REF_DATETO, MRR_ANC_REF_TIMETO, MRR_ANC_REF_NAMETO, MRR_ANC_REF_TYPTO, MRR_ANC_PRE_OUT, MRR_ANC_DEL_MODE
Show if: (MRR_RECORDS is-any-of)

Question: MRR_ANC_DATE

Required

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


 17. Fecha de primera visita a atención prenatal

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

Question: MRR_ANC_TIME

Required

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

 18. Hora de primera visita a atención prenatal

- ☐ Hora (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

Fecha de última menstruación:

Fecha de primera visita a atención prenatal:

Jump-To: GESTAGE_JUMP

Description:

Jump-To-Item: MRR_GEN_QUESTIONS

Jump-If: (TM_MRR_GEST_AGE < 0)

Question: TET_VIGENTE

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

 19. Antitetánica vigente:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado


Se recomienda verificar si se administró toxoide tetánico en la nota de primer ingreso de atención prenatal.

Question Block: MRR_ANC_TET

Contains: MRR_ANC_TET1, MRR_ANC_TET2

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí (Fecha: DD/MM/AAA)	
0	No	
-1	No registrado	
-2	Refuerzo	

 20. Se administró toxoide tetánico:


(SELECCIONE UNO POR FILA):	Sí (Fecha: DD/MM/AAA)	No	No registrado	Refuerzo
1.ra dosis	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consultas de atención prenatal

Question: MRR_ANC_NUM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número:	

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


☐ Número:

Question: MRR_ANC_REFFROM

Required

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC < 5)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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


- ☐ Sí
☐ No

Question: MRR_ANC_REF_DATEFROM

Required

Show if: (MRR_ANC_REFFROM = 1:[Sí])

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

 23. Fecha de referencia:


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

Question: MRR_ANC_REF_TIMEFROM

Required

Show if: (MRR_ANC_REFFROM = 1:[Sí])

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

 24. Hora de referencia:


- ☐ Fecha: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: WOM_ANC_REF_GESTFROM

Required

Show if: (MRR_ANC_REFFROM = 1:[Sí])

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

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


- ☐ Edad semanas
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_REF_TYPEFROM

Required

Show if: (MRR_ANC_REFFROM = 1:[Sí])

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	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 26. Tipo de unidad desde la cual fue referida la mujer:

- ☐ Casa base
☐ Puesto de Salud
☐ Centro de salud
☐ Hospital primario
☐ Hospital departamental
☐ Hospital regional
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_REF_NAMEFROM

Required

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

27. ¿Desde cual unidad fue la mujer referida?

Collection: MRR_VISIT_1

Contains: MRR_ANC_SPE1, MRR_ANC_SPE1_DOC, MRR_ANC_SPE1_NURSE, MRR_ANC_CON1_GESTAGE, MRR_ANC_CON1

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 1)

Question: MRR_ANC_SPE1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

28. Registre quién brindó la atención prenatal durante la primera visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☐ Médico de servicio social
- ☐ Enfermera en servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE1_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE1 ≠ 1:[Médico])

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

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

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

Question: MRR_ANC_SPE1_NURSE

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE1 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE1 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE1_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la primera visita]) and (MRR_ANC_SPE1 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la primera visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la primera visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la primera visita	

30. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la primera visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la primera visita
- ☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la primera visita
- ☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la primera visita

Question: MRR_ANC_CON1_GESTAGE

Required

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

31. Edad gestacional durante la primera visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON1

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

Required

Scale Summary		
---------------	--	--

Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

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

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

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

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

Custom Layout Question: MRR_ANC_CON_BABY1

33. 1.ra visita Fecha (DD/MM/AAAA)

Frecuencia cardiaca fetal

Movimiento fetal

Collection: MRR_VISIT_2

Contains: MRR_ANC_SPE2, MRR_ANC_SPE2_DOC, MRR_ANC_SPE2_NURSE, MRR_ANC_CON2_GESTAGE, MRR_ANC_CON2, MRR_ANC_CON2_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 2)

Question: MRR_ANC_SPE2

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

34. Registre quién brindó la atención prenatal durante la segunda visita

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE2_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE2 ≠ 1:[Médico])

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

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


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

Question: MRR_ANC_SPE2_NURSE

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE2 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE2 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE2_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la segunda visita]) and (MRR_ANC_SPE2 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la segunda visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la segunda visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la segunda visita	


 36. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la segunda visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la segunda visita
- ☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la segunda visita
- ☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la segunda visita

Question: MRR_ANC_CON2_GESTAGE

Required

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

 37. Edad gestacional durante la segunda visita


- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON2

Contains: MRR_ANC_CON2_WT, MRR_ANC_CON2_BP, MRR_ANC_CON2_FUND, MRR_ANC_CON2_TEMP, MRR_ANC_CON2_PULS, MRR_ANC_CON2_HR, MRR_ANC_CON2_RR

Required

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

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


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

Question Block: MRR_ANC_CON2_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_2, MRR_ANC_CON_BABY_FM_2

Required

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

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

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

Collection: MRR_VISIT_3

Contains: MRR_ANC_SPE3, MRR_ANC_SPE3_DOC, MRR_ANC_SPE3_NURSE, MRR_ANC_CON3_GESTAGE, MRR_ANC_CON3, MRR_ANC_CON3_BABY


Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 3)

Question: MRR_ANC_SPE3

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	

3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 40. Registre quién brindó la atención prenatal durante la tercera visita


- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE3_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE3 ≠ 1:[Médico])

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

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


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

Question: MRR_ANC_SPE3_NURSE

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE3 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE3 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE3_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la tercera visita]) and (MRR_ANC_SPE3 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la tercera visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la tercera visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la tercera visita	


 42. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la tercera visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la tercera visita
☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la tercera visita
☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la tercera visita

Question: MRR_ANC_CON3_GESTAGE

Required

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

 43. Edad gestacional


- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON3

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

Required

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

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

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

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

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

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



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

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

Collection: MRR_VISIT_4**Contains:** MRR_ANC_SPE4, MRR_ANC_SPE4_DOC, MRR_ANC_SPE4_NURSE, MRR_ANC_CON4_GESTAGE, MRR_ANC_CON4, MRR_ANC_CON4_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 4)**Question:** MRR_ANC_SPE4**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	



46. Registre quién brindó la atención prenatal durante la cuarta visita

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

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

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



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

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

Question: MRR_ANC_SPE4_NURSE**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE4 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE4 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE4_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la cuarta visita]) and (MRR_ANC_SPE4 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la cuarta visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la cuarta visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la cuarta visita	

48. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para



confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la cuarta visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la cuarta visita
- ☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la cuarta visita
- ☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la cuarta visita

Question: MRR_ANC_CON4_GESTAGE

Required

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



49. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON4

Contains: MRR_ANC_CON4_WT, MRR_ANC_CON4_BP, MRR_ANC_CON4_FUND, MRR_ANC_CON4_TEMP, MRR_ANC_CON4_PULS, MRR_ANC_CON4_HR, MRR_ANC_CON4_RR

Required

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



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

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

Question Block: MRR_ANC_CON4_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_4, MRR_ANC_CON_BABY_FM_4

Required

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



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

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

Collection: MRR_VISIT_5

Contains: MRR_ANC_SPE5, MRR_ANC_SPE5_DOC, MRR_ANC_SPE5_NURSE, MRR_ANC_CON5_GESTAGE, MRR_ANC_CON5, MRR_ANC_CON5_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 5)

Question: MRR_ANC_SPE5

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	



52. Registre quién brindó la atención prenatal durante la quinta visita

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE5_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE5 ≠ 1:[Médico])

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

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

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

Question: MRR_ANC_SPE5_NURSE

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE5 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE5 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE5_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la quinta visita]) and (MRR_ANC_SPE5 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la quinta visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la quinta visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la quinta visita	

54. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la quinta visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la quinta visita
☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la quinta visita
☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la quinta visita

Question: MRR_ANC_CON5_GESTAGE

Required

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

55. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON5

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

Required

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

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

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

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

Question Block: MRR_ANC_CON5_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_5, MRR_ANC_CON_BABY_FM_5**Required**

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



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

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

Collection: MRR_VISIT_6**Contains:** MRR_ANC_SPE6, MRR_ANC_SPE6_DOC, MRR_ANC_SPE6_NURSE, MRR_ANC_CON6_GESTAGE, MRR_ANC_CON6, MRR_ANC_CON6_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 6)**Question:** MRR_ANC_SPE6**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	



58. Registre quién brindó la atención prenatal durante la sexta visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☐ Médico de servicio social
- ☐ Enfermera en servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE6_DOC**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE6 ≠ 1:[Médico])

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



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

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

Question: MRR_ANC_SPE6_NURSE**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE6 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE6 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE6_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la sexta visita])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la sexta visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la sexta visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la sexta visita	




60. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la sexta visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la sexta visita
- ☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la sexta visita
- ☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la sexta visita

Question: MRR_ANC_CON6_GESTAGE**Required**


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

 61. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON6**Contains:** MRR_ANC_CON6_WT, MRR_ANC_CON6_BP, MRR_ANC_CON6_FUND, MRR_ANC_CON6_TEMP, MRR_ANC_CON6_PULS, MRR_ANC_CON6_HR, MRR_ANC_CON6_RR**Required**


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

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

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

Question Block: MRR_ANC_CON6_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_6, MRR_ANC_CON_BABY_FM_6**Required**

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

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

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

Collection: MRR_VISIT_7**Contains:** MRR_ANC_SPE7, MRR_ANC_SPE7_DOC, MRR_ANC_SPE7_NURSE, MRR_ANC_CON7_GESTAGE, MRR_ANC_CON7, MRR_ANC_CON7_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 7)**Question:** MRR_ANC_SPE7**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 64. Registre quién brindó la atención prenatal durante la séptima visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
- ☐ Auxiliar de enfermería

- ☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE7_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE7 ≠ 1:[Médico])

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

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

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

Question: MRR_ANC_SPE7_NURSE

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE7 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE7 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE7_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la séptima visita])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la séptima visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la séptima visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la séptima visita	

66. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la séptima visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la séptima visita
☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la séptima visita
☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la séptima visita

Question: MRR_ANC_CON7_GESTAGE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas: <input type="text"/>	
0	No registrado	

67. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON7

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

Required

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

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

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


Question Block: MRR_ANC_CON7_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_7, MRR_ANC_CON_BABY_FM_7

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
0		

Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

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

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

Collection: MRR_VISIT_8

Contains: MRR_ANC_SPE8, MRR_ANC_SPE8_DOC, MRR_ANC_SPE8_NURSE, MRR_ANC_CON8_GESTAGE, MRR_ANC_CON8, MRR_ANC_CON8_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 8)

Question: MRR_ANC_SPE8

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

-  70. Registre quién brindó la atención prenatal durante la octava visita


- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE8_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE8 ≠ 1:[Médico])

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

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


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

Question: MRR_ANC_SPE8_NURSE

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE8 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE8 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE8_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la octava visita])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la octava visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la octava visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la octava visita	


-  72. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la octava visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la octava visita
☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la octava visita
☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la octava visita

Question: MRR_ANC_CON8_GESTAGE

Required

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


-  73. Edad gestacional

Semanas:

- ☐
- ☐ No registrado

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


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

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

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

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


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

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

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

Collection: MRR_VISIT_9**Contains:** MRR_ANC_SPE9, MRR_ANC_SPE9_DOC, MRR_ANC_SPE9_NURSE, MRR_ANC_CON9_GESTAGE, MRR_ANC_CON9, MRR_ANC_CON9_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 9)**Question:** MRR_ANC_SPE9**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	


 76. Registre quién brindó la atención prenatal durante la novena visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☐ Médico de servicio social
- ☐ Enfermera en servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE9_DOC

Required**Show if:** (MRR_ANC_SPE9 ≠ 1:[Médico])


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

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

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

Question: MRR_ANC_SPE9_NURSE**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE9 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE9 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE9_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la novena visita])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la novena visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la novena visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la novena visita	

 78. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la novena visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la novena visita
- ☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la novena visita
- ☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la novena visita

Question: MRR_ANC_CON9_GESTAGE**Required**


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

 79. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON9**Contains:** MRR_ANC_CON9_WT, MRR_ANC_CON9_BP, MRR_ANC_CON9_FUND, MRR_ANC_CON9_TEMP, MRR_ANC_CON9_PULS, MRR_ANC_CON9_HR, MRR_ANC_CON9_RR**Required**


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

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

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

Question Block: MRR_ANC_CON9_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_9, MRR_ANC_CON_BABY_FM_9**Required**

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


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

	Registrado	No registrado

Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: MRR_VISIT_10**Contains:** MRR_ANC_SPE10, MRR_ANC_SPE10_DOC, MRR_ANC_SPE10_NURSE, MRR_ANC_CON10_GESTAGE, MRR_ANC_CON10, MRR_ANC_CON10_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 10)**Question:** MRR_ANC_SPE10**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 82. Registre quién brindó la atención prenatal durante la décima visita

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE10_DOC**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE10 ≠ 1:[Médico])


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

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

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

Question: MRR_ANC_SPE10_NURSE**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE10 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE10 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE10_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la décima visita])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la décima visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la décima visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la décima visita	

 84. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la décima visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la décima visita
☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la décima visita
☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la décima visita

Question: MRR_ANC_CON10_GESTAGE**Required**


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

 85. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON10**Contains:** MRR_ANC_CON10_WT, MRR_ANC_CON10_BP, MRR_ANC_CON10_FUND, MRR_ANC_CON10_TEMP, MRR_ANC_CON10_PULS, MRR_ANC_CON10_HR, MRR_ANC_CON10_RR**Required**

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

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


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

Question Block: MRR_ANC_CON10_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_10, MRR_ANC_CON_BABY_FM_10

Required

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

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

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

Collection: MRR_VISIT_11


Contains: MRR_ANC_SPE11, MRR_ANC_SPE11_DOC, MRR_ANC_SPE11_NURSE, MRR_ANC_CON11_GESTAGE, MRR_ANC_CON11, MRR_ANC_CON11_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 11)

Question: MRR_ANC_SPE11

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 88. Registre quién brindó la atención prenatal durante la undécima visita


- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE11_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE11 ≠ 1:[Médico])

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

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

- ☐ Médico brindó la atención prenatal durante la undécima visita
- ☐ Médico no brindó la atención prenatal durante la undécima visita

Question: MRR_ANC_SPE11_NURSE

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE11 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE11 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE11_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la undécima visita])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la undécima visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la undécima visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la undécima visita	

90. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la undécima visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la undécima visita
- ☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la undécima visita
- ☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la undécima visita

Question: MRR_ANC_CON11_GESTAGE

Required

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

91. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON11

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

Required

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

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

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

Question Block: MRR_ANC_CON11_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_11, MRR_ANC_CON_BABY_FM_11

Required

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

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

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


Collection: MRR_VISIT_12

Contains: MRR_ANC_SPE12, MRR_ANC_SPE12_DOC, MRR_ANC_SPE12_NURSE, MRR_ANC_CON12_GESTAGE, MRR_ANC_CON12, MRR_ANC_CON12_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 12)

Question: MRR_ANC_SPE12**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 94. Registre quién brindó la atención prenatal durante la duodécima visita

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE12_DOC**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE12 ≠ 1:[Médico])


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

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

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

Question: MRR_ANC_SPE12_NURSE**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE12 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE12 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE12_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la duodécima visita])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la duodécima visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la duodécima visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la duodécima visita	

 96. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la duodécima visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la duodécima visita
☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la duodécima visita
☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la duodécima visita

Question: MRR_ANC_CON12_GESTAGE**Required**


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

 97. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON12**Contains:** MRR_ANC_CON12_WT, MRR_ANC_CON12_BP, MRR_ANC_CON12_FUND, MRR_ANC_CON12_TEMP, MRR_ANC_CON12_PULS, MRR_ANC_CON12_HR, MRR_ANC_CON12_RR**Required**

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

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

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

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

Question Block: MRR_ANC_CON12_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_12, MRR_ANC_CON_BABY_FM_12

Required

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

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

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

Collection: MRR_VISIT_13

Contains: MRR_ANC_SPE13, MRR_ANC_SPE13_DOC, MRR_ANC_SPE13_NURSE, MRR_ANC_CON13_GESTAGE, MRR_ANC_CON13, MRR_ANC_CON13_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 13)

Question: MRR_ANC_SPE13

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

100. Registre quién brindó la atención prenatal durante la decimotercera visita

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE13_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE13 ≠ 1:[Médico])

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

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

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

Question: MRR_ANC_SPE13_NURSE

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE13 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE13 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE13_DOC ≠ 1:[Médico brindó la

atención prenatal durante la decimotercera visita))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la decimotercera visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la decimotercera visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la decimotercera visita	

102. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la decimotercera visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la decimotercera visita
☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la decimotercera visita
☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la decimotercera visita

Question: MRR_ANC_CON13_GESTAGE**Required**

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

103. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON13

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

Required

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

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

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

Question Block: MRR_ANC_CON13_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_13, MRR_ANC_CON_BABY_FM_13

Required

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

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

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

Collection: MRR_VISIT_14


Contains: MRR_ANC_SPE14, MRR_ANC_SPE14_DOC, MRR_ANC_SPE14_NURSE, MRR_ANC_CON14_GESTAGE, MRR_ANC_CON14, MRR_ANC_CON14_BABY

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 14)

Question: MRR_ANC_SPE14**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	

4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 106. Registre quién brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita


- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE14_DOC

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE14 ≠ 1:[Médico])

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

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


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

Question: MRR_ANC_SPE14_NURSE

Required

Show if: (MRR_ANC_SPE14 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE14 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE14_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita	


 108. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revisa todos los documentos para confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita
☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita
☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita

Question: MRR_ANC_CON14_GESTAGE

Required

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

 109. Edad gestacional


- ☐ Semanas:
☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON14

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

Required

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

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

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

	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Pulso	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

Question Block: MRR_ANC_CON14_BABY**Contains:** MRR_ANC_CON_BABY_FHR_14, MRR_ANC_CON_BABY_FM_14**Required**

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



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

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

Collection: MRR_VISIT_15**Contains:** MRR_ANC_SPE15, MRR_ANC_SPE15_DOC, MRR_ANC_SPE15_NURSE, MRR_ANC_CON15_GESTAGE, MRR_ANC_CON15, MRR_ANC_CON15_BABY**Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC >= 15)**Question:** MRR_ANC_SPE15**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitario	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	



112. Registre quién brindó la atención prenatal durante la decimoquinta visita

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Partera
☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitario
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_SPE15_DOC**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE15 ≠ 1:[Médico])

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



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

- ☐ Médico brindó la atención prenatal durante la decimoquinta visita
☐ Médico no brindó la atención prenatal durante la decimoquinta visita

Question: MRR_ANC_SPE15_NURSE**Required****Show if:** (MRR_ANC_SPE15 ≠ 2:[Enfermera]) and (MRR_ANC_SPE15 ≠ 6:[Auxiliar de enfermería]) and (MRR_ANC_SPE15_DOC ≠ 1:[Médico brindó la atención prenatal durante la decimoquinta visita])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Enfermera brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita	
2	Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la decimoquinta visita	
0	Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la decimoquinta visita	

114. Usted ha indicado que una enfermera o auxiliar de enfermería no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para



confirmar si una enfermera o auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la decimoquinta visita.

- ☐ Enfermera brindó la atención prenatal durante la decimocuarta visita
- ☐ Auxiliar de enfermería brindó la atención prenatal durante la decimoquinta visita
- ☐ Una enfermera ni auxiliar de enfermería no brindó la atención prenatal durante la decimoquinta visita

Question: MRR_ANC_CON15_GESTAGE

Required

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



115. Edad gestacional

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

Question Block: MRR_ANC_CON15

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

Required

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



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

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

Question Block: MRR_ANC_CON15_BABY

Contains: MRR_ANC_CON_BABY_FHR_15, MRR_ANC_CON_BABY_FM_15

Required

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



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

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

Question: WOM_ANC_SPECIAL_EVER

Required

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)


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



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


- ☐ Sí, marcado por una notación "ME", "MB", "G-O", "MI", o "PED" en la firma
- ☐ Sí, marcado con un sello
- ☐ Sí, marcado con otro método (especificar):
- ☐ No
- ☐ No registrado

○

Question: WOM_ANC_SPECIAL_TYPE**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM_ANC_SPECIAL_EVER is-any-of 1:[Sí, marcado por una notación "ME", "MB", "G-O", "MI", o "PED" en la firma] or 2:[Sí, marcado con un sello] or 995:[Sí, marcado con otro método (especificar:)] and (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered) 119. ¿Que especialista revisó a la mujer?

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


Revise si se administraron los siguientes medicamentos

Custom Layout Question: MRR_ANC_ANTIBIOTICS 120. Administrado

Nitrofurantoina	<input type="checkbox"/>
Trimetoprima-sulfametoxazol	<input type="checkbox"/>
Cefalexina	<input type="checkbox"/>
Penicilina	<input type="checkbox"/>
Antiretrovirales	<input type="checkbox"/>
Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Question Block: MRR_ANC_GRAPHS**Contains:** MRR_ANC_WEIGHT_GRAPH, MRR_ANC_HEIGHT_GRAPH**Required****Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)


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

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

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

Question Block: MRR_ANC_LAB_TEST**Contains:** MRR_ANC_LAB_TEST_BG, MRR_ANC_LAB_TEST_RH, MRR_ANC_LAB_TEST_GLU, MRR_ANC_LAB_TEST_VDRL, MRR_ANC_LAB_TEST_RPR, MRR_ANC_LAB_TEST_HB, MRR_ANC_LAB_TEST_URINE, MRR_ANC_LAB_TEST_HIV**Required****Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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




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

Question: MRR_ANC_RUBELLA**Required****Show if:** (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)


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

 123. Se hizo prueba de anticuerpos para rubeola

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Custom Layout Question: MRR_ANC_LAB_RESULTS_BG 124. Resultado Fecha (DD/MM/AAAA)Grupo sanguíneo..... **Custom Layout Question:** MRR_ANC_LAB_RESULTS_RH 125. Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)Factor RH..... **Custom Layout Question:** MRR_ANC_LAB_RESULTS_GLU 126. Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)Glucosa en sangre..... **Custom Layout Question:** MRR_ANC_LAB_RESULTS_VDRL 127. Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)Prueba de VDRL..... **Custom Layout Question:** MRR_ANC_LAB_RESULTS_HIV 128. Fecha (DD/MM/AAAA)Prueba de VIH..... **Custom Layout Question:** MRR_ANC_LAB_RESULTS_URINE 129. Tipo Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)Examen general de orina **Question:** MRR_ANC_HYPERTENSION**Required**


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

 130. ¿Tuvo la mujer antecedentes de hipertensión arterial?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_DIABETES**Required**

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


 131. ¿Tuvo la mujer antecedentes de diabetes mellitus?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_HIST_ABORT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

- 1 Sí
2 No
-1 No registrado

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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado


Question: MRR_ANC_HIST_ECL

Required

Scale Summary

Code Label Show-If

- 1 Sí
2 No
-1 No registrado

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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado


Question: MRR_ANC_HIST_MAL

Required

Scale Summary

Code Label Show-If

- 1 Sí
2 No
-1 No registrado
-2 No aplica (no hay nacimientos previos)

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

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


Question: MRR_ANC_REFTO

Required

Scale Summary

Code Label Show-If

- 1 Sí
0 No

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

- ☐ Sí
☐ No

Question: MRR_ANC_REF_DATETO


Required

Show if: (MRR_ANC_REFTO = 1:[Sí])

Scale Summary

Code Label Show-If

- 1 Fecha:
-1 No registrado

 136. Fecha de referencia:

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

Question: MRR_ANC_REF_TIMETO


Required

Show if: (MRR_ANC_REFTO = 1:[Sí])

Scale Summary

Code Label Show-If

- 1 Hora:
-1 No registrado

 137. Hora de referencia:

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: MRR_ANC_REF_NAMETO

Required

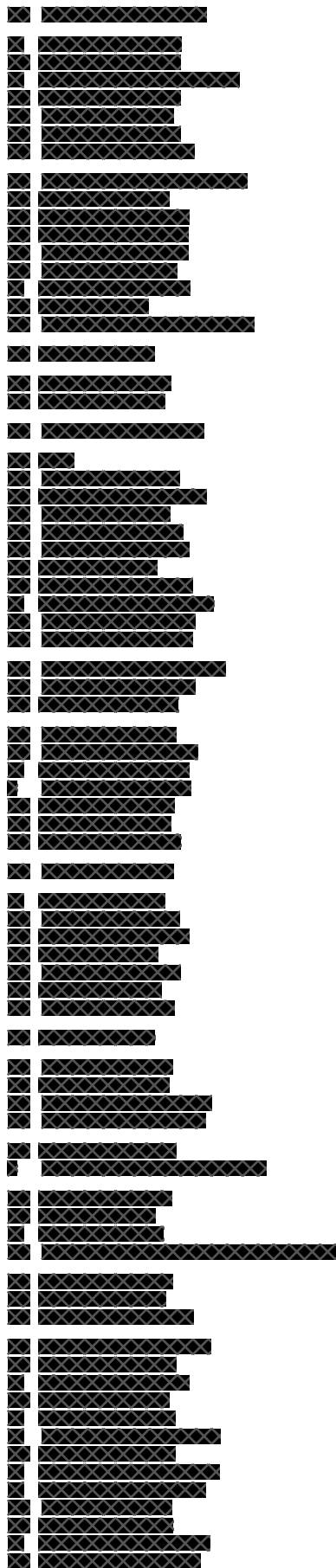
Show if: (MRR_ANC_REFTO = 1:[Sí])

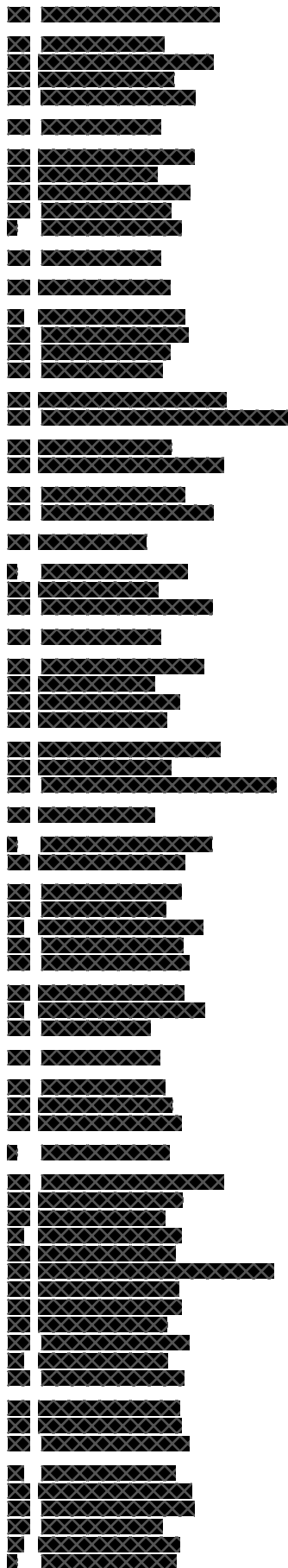
Scale Summary

Code Label


Show-If

XXXXXXXXXX





Category	Age Group	Gender	Believe Current Government is Responsible (%)	Believe Previous Governments are Responsible (%)
Current government	18-29	Male	65	35
		Female	65	35
	30-49	Male	65	35
		Female	65	35
50-69	Male	65	35	
	Female	65	35	
70+	Male	65	35	
	Female	65	35	
Previous governments	18-29	Male	35	65
		Female	35	65
	30-49	Male	35	65
		Female	35	65
50-69	Male	35	65	
	Female	35	65	
70+	Male	35	65	
	Female	35	65	

 138. ¿A cual unidad fue referida la mujer?

-
- A horizontal bar chart with 12 bars, each preceded by a radio button. The bars are divided into two groups of six. The top group of six bars represents 'Men' and the bottom group of six bars represents 'Women'. Each bar is filled with a black and white cross-hatch pattern. The bars vary in length, representing percentages. The top bar (Men) is the longest, followed by the second bar (Men), then the third bar (Men), then the fourth bar (Men), then the fifth bar (Men), and finally the sixth bar (Men). The bottom bar (Women) is the shortest, followed by the seventh bar (Women), then the eighth bar (Women), then the ninth bar (Women), then the tenth bar (Women), and finally the eleventh bar (Women).

-
- | Category | Percentage |
|---------------------------|------------|
| ○ 1. 100% of respondents | 100% |
| ○ 2. 100% of respondents | 100% |
| ○ 3. 100% of respondents | 100% |
| ○ 4. 100% of respondents | 100% |
| ○ 5. 100% of respondents | 100% |
| ○ 6. 100% of respondents | 100% |
| ○ 7. 100% of respondents | 100% |
| ○ 8. 100% of respondents | 100% |
| ○ 9. 100% of respondents | 100% |
| ○ 10. 100% of respondents | 100% |
| ○ 11. 100% of respondents | 100% |
| ○ 12. 100% of respondents | 100% |



Question: MRR_ANC_REF_TYPTO
Required
Show if: (MRR_ANC_REFTO = 1:[Sí])
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	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

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

- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_ANC_PRE_OUT

Required

Show if: (MRR_ANC_NUM.SPEC was-answered)

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



140. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

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

Question: MRR_ANC_DEL_MODE

Required

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

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



141. Tipo de nacimiento

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

Jump-To: JMP_ABORTO

Description:

Jump-To-Item: MRR_APP_FP

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

Jump-To: JMP_STILBIRTH

Description:

Jump-To-Item: MRR_APP_FP

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

Collection: MRR_DELIVERY

Contains: MRR_DEL_ADM_DATE, MRR_DEL_ADM_TIME, MRR_DEL_DATE, MRR_DEL_TIME, MRR_DEL_GEST, MRR_DEL_REFFROM, MRR_DEL_REF_ACCOMFROM, MRR_DEL_REF_DATEFROM, MRR_DEL_REF_TIMEFROM, MRR_DEL_REF_REASFROM, MRR_DEL_REF_TYPEFROM, MRR_DEL_REF_NAMEFROM, MRR_WOM_ARRIVE, MRR_AC_MIDWIFE, MRR_AC_WHO, MRR_WOM_HYPERDY, MRR_WOM_HYO, MRR_WOM_PELVIC, MRR_WOM_AMNI, MRR_WOM_RUPTURA, MRR_OXY_1MIN, MRR_OTH_1MIN, MRR_OXY, MRR_UT_MAS, MRR_UMB_CORD, MRR_UMB_PIN, MRR_PAR, FHR_30_MIN, FHR_1_HR, NOTE_FHR, NOTE_FHR_DES, NOTE_CURVA, NOTE_SUPERO, NOTE_CURVA_DES, MRR_FET_HEART, MRR_FET_HEART_DES, MRR_DEL_MODE, MRR_DEL_CSECT_TYPE, MRR_WOM_IV, MRR_DEL_REFTO, MRR_DEL_REF_ACCOMTO, MRR_DEL_REF_DATETO, MRR_DEL_REF_TIMETO, MRR_DEL_REF_REASTO, MRR_DEL_REF_TYPTO, MRR_DEL_REF_NAMETO

Show if: (FACILITY_TYPE >= 2) and (MRR_RECORDS is-any-of)

Atención al nacimiento

Question: MRR_DEL_ADM_DATE

Required

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




142. Fecha de ingreso de la mujer

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

Question: MRR_DEL_ADM_TIME**Required**


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

 143. Hora de ingreso de la mujer

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_DATE**Required**


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

 144. Fecha en que ocurrió el nacimiento

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

Question: MRR_DEL_TIME**Required**


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

 145. Hora en que ocurrió el nacimiento

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_GEST**Required**

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

 146. Edad gestacional del bebé al nacimiento

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

Question: MRR_DEL_REFFROM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

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

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

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

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

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

149. Fecha de referencia/traslado:

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

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

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

150. Hora de referencia/traslado:

- ☐ Hora (HH:MM)
☐ No registrado

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Baja frecuencia cardíaca fetal (bradicardia fetal)	
2	Sangrado	
3	Feto muy grande (macrosómico)	
4	Cabeza del feto por arriba del pubis (feto libre o falta de encajamiento del feto)	
5	Hipodinamia uterina	
6	Hipertonía uterina	
7	Trabajo de parto prolongado	
8	Inicio del trabajo de parto	
9	Pre-eclampsia	
10	Eclampsia	
995	Otra (especificar)	
-1	No registrado	

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


- ☐ Baja frecuencia cardíaca fetal (bradicardia fetal)
☐ Sangrado
☐ Feto muy grande (macrosómico)
☐ Cabeza del feto por arriba del pubis (feto libre o falta de encajamiento del feto)
☐ Hipodinamia uterina
☐ Hipertonía uterina
☐ Trabajo de parto prolongado
☐ Inicio del trabajo de parto
☐ Pre-eclampsia
☐ Eclampsia
☐ Otra (especificar)
☐ No registrado

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


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	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

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

- ☐ Casa base
☐ Puesto de Salud
☐ Centro de salud
☐ Hospital primario
☐ Hospital departamental
☐ Hospital regional
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_DEL_REF_NAMEFROM**Required****Show if:** (MRR_DEL_REFFROM = 1:[Sí]) 153. ¿Desde cual unidad fue la mujer referida?**Question:** MRR_WOM_ARRIVE**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
2	Parto inminente	
3	Cesárea Programada	
0	No	
-1	No registrado	

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

- ☐ Parto inminente
- ☐ Cesárea Programada
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_AC_MIDWIFE**Required**

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

 155. Mujer acompañada por una partera para atender el nacimiento en la unidad de salud


- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_AC_WHO**Minimum checks:** 1 156. Atendió parto:

- ☐ Médico
- ☐ Lic. Enfermera
- ☐ Enfermera auxiliar
- ☐ Estudiante
- ☐ Partera empírica
- ☐ Partera aiestrada
- ☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitaria
- ☐ Médico de servicio social
- ☐ Enfermera en servicios social
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_HYPERDY**Required**


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

 157. ¿Tuvo la mujer hiperdinamia?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_HYPO**Required**

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

 158. ¿Tuvo la mujer hipodinamia?

- ☐ Sí

- ☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_PELVIC

Required

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



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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_AMNI

Required

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



160. ¿Se le practico a la mujer amniotomía?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_RUPTURA

Required

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



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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Registre si se administró a la mujer:

Custom Layout Question: MRR_OXY_1



162. Administrado Fecha/hora registrado

Oxitocina

Otros uterotonicos

Question: MRR_OXY_1MIN

Required

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

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



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

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_OTH_1MIN

Required

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

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



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

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado

Custom Layout Question: MRR_OXY_2

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

Oxitocina

Custom Layout Question: MRR_OXY_3

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

Otros uterotonicos

Question: MRR_OXY**Required****Show if:** (MRR_OXY_ADMIN_OXY = 1:[Registrado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Intramuscular	
2	Intravenosa	
-1	No registrado	

167. Forma de administración de la oxitocina:

☐ Intramuscular

☐ Intravenosa

☐ No registrado

Question: MRR_UT_MAS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

168. Registro de masaje uterino

☐ Si

☐ No

Question: MRR_UMB_CORD**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

169. Registro de tracción/contratracción del cordón umbilical

☐ Si

☐ No

Question: MRR_UMB_PIN**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

170. Registro de pinzamiento tardío del cordón umbilical

☐ Si

☐ No

Question: MRR_PAR**Required**

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

171. Partograma

☐ Incluido en el expediente y llenado

☐ Incluido pero no llenado

☐ No incluido

Revise el partograma y anote si se registró la siguiente información

Custom Layout Question: MRR_PAR_REV

172. Registrado

Nombre de la paciente

Curva completa hasta el momento del nacimiento

Representación gráfica de la frecuencia cardíaca fetal	<input type="checkbox"/>
Gráfica de la frecuencia de contracciones uterinas	<input type="checkbox"/>
Interpretación de cambios en contracciones uterinas	<input type="checkbox"/>
Tensión arterial (PA)	<input type="checkbox"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>
Frecuencia cardíaca (fc)	<input type="checkbox"/>
Posición del bebé	<input type="checkbox"/>
Intensidad de las contracciones	<input type="checkbox"/>
Localización del dolor	<input type="checkbox"/>
Intensidad del dolor	<input type="checkbox"/>

Custom Layout Question: MRR_PAR_CALC

173. Registrado
- ¿Registro de frecuencia cardíaca fetal? ☐
- ¿Registro de curva de alerta? ☐
- ¿Dilatación > 4.5 cm? ☐
- ¿Frecuencia cardíaca fetal < 120 lm? ☐
- ¿Se superó la curva de alerta? ☐

Question: FHR_30_MIN
Required
Show if: (MRR_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

174. La frecuencia cardíaca fetal fue graficada o registrada cada media hora
- ☐ Sí
- ☐ No

Question: FHR_1_HR
Required
Show if: (FHR_30_MIN = 0:[No])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

175. La frecuencia cardíaca fetal fue graficada o registrada cada una hora
- ☐ Sí
- ☐ No

Question: NOTE_FHR
Required
Show if: (MRR_PAR_REV_OBS_FHR = 1:[Registrado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

176. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si FCF < 120?
- ☐ Sí
- ☐ No

Question: NOTE_FHR_DES
Minimum checks: 1
Show if: (NOTE_FHR = 1:[Sí])

177. ¿Cuáles de las siguientes decisiones se incluyen en la nota cuando la FCF < 120 lm?
- ☐ Cesárea
- ☐ Traslado / Referencia
- ☐ Monitoreo electrónico fetal
- ☐ Monitoreo clínico cada 15 minutos
- ☐ Oxígeno
- ☐ Decúbito lateral izquierdo
- ☐ Expansión volumétrica: administración de soluciones cristaloides (aplicación de suero)
- ☐ Uso de beta-bloqueadores
- ☐ Ruptura artificial de membranas

☐ Otro: especificar


Question: NOTE_CURVA

Required

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

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

- ☐ Sí
☐ No


Question: NOTE_SUPERO

Required

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

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	


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

- ☐ Sí
☐ No

Question: NOTE_CURVA_DES

Minimum checks: 1

Show if: (NOTE_SUPERO = 1:[Sí])

 180. ¿Cuáles de las siguientes decisiones se incluyen en la nota cuando se superó la curva de alerta?

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


Question: MRR_FET_HEART

Required

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

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

 181. ¿Se observa un descenso en la frecuencia cardíaca fetal?

-- Seleccione uno --


Question: MRR_FET_HEART_DES

Required

Show if: (MRR_FET_HEART = 1:[Sí])

Scale Summary

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

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

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

Question: MRR_DEL_MODE

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Parto con ventosa	
3	Parto con forceps	
4	Parto vaginal con feto en presentación podálica	
8	Parto vaginal con feto en presentación distócica	

5	Cesárea	
6	Espátula	
7	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



183. Tipo de nacimiento

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

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

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



184. Especifique el tipo de cesárea

- ☐ Cesárea de emergencia
☐ Cesárea electiva
☐ No registrado

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



185. ¿La mujer recibió líquidos IV durante el primer periodo de parto?

- ☐ Sí
☐ No

Question: MRR_DEL_REFTO**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

186. Indique si la mujer fue referida/traslado **A** otra unidad de salud-- Seleccione uno -- **Question:** MRR_DEL_REF_ACCOMTO**Required****Show if:** (MRR_DEL_REFTO = 1:[Si])

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



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

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

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Fecha:	
-1	No registrado	

188. Fecha de referencia/traslado:

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

Question: MRR_DEL_REF_TIMETO

Required

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

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

189. Hora de referencia/traslado:

- ☐ Hora (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_REF_REASTO

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Baja frecuencia cardíaca fetal (bradicardia fetal)	
2	Sangrado	
3	Feto muy grande (macrosómico)	
4	Cabeza del feto por arriba del pubis (feto libre o falta de encajamiento del feto)	
5	Hipodinamia uterina	
6	Hipertonía uterina	
7	Trabajo de parto prolongado	
8	Inicio del trabajo de parto	
9	Pre-eclampsia	
10	Eclampsia	
995	Otra (especificar)	
-1	No registrado	

190. Razón por la que fue referida/traslado A otra unidad de salud

- ☐ Baja frecuencia cardíaca fetal (bradicardia fetal)
- ☐ Sangrado
- ☐ Feto muy grande (macrosómico)
- ☐ Cabeza del feto por arriba del pubis (feto libre o falta de encajamiento del feto)
- ☐ Hipodinamia uterina
- ☐ Hipertonía uterina
- ☐ Trabajo de parto prolongado
- ☐ Inicio del trabajo de parto
- ☐ Pre-eclampsia
- ☐ Eclampsia
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_REF_TYPETO


Required

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


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	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

191. Tipo de unidad a la cual fue referida/traslado la mujer:

- ☐ Casa base
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Centro de salud
- ☐ Hospital primario
- ☐ Hospital departamental
- ☐ Hospital regional
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Question: MRR_DEL_REF_NAMETO**Required****Show if:** (MRR_DEL_REFTO = 1:[Si]) 192. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?**Collection:** MRR_POSTPARTUM**Contains:** MRR_POS_REFFROM, MRR_POS_REF_ACCOMFROM, MRR_POS_REF_DATEFROM, MRR_POS_REF_TIMEFROM, MRR_POS_TRANS_TYPEFROM, MRR_POS_TRANS_NAMEFROM, MRR_POS_DOB, MRR_POS_DOB_TIME, MRR_POS_GEST, MRR_WOM_VDRL, MRR_WOM_LOCHIAS_NUM_FIRST, MRR_WOM_LOCHIAS_LOOKS_FIRST, MRR_WOM_LOCHIAS_ODOR_FIRST, MRR_POS_ATTACH, MRR_WOM_TEMP_37, MRR_WOM_LOCHIAS_NUM_DIS, MRR_WOM_LOCHIAS_LOOKS_DIS, MRR_WOM_LOCHIAS_ODOR_DIS, MMR_POS_SPEC, MRR_POS_OUT, MRR_POS_OUT_BIRTH, MRR_POS_CSECT_TYPE, MRR_POS_TYPE, MMR_POS_BABY_GEN, MMR_POS_BABY_GEN_TWINS, MRR_POS_BABY_GEN_GENDER, MMR_NEW_ATT, MRR_APP_FP, MRR_APP_FP_INFORM, MRR_NAME_FP, MRR_DISPOSITION, MRR_DISCHARGE, MRR_POS_REF_ACCOMTO, MRR_POS_REF_REASTO, MRR_POS_REF_TYPETO, MRR_POS_REF_NAMETO, MRR_DIS_DATE, MRR_DIS_TIME, MRR_DEATH_DATE, MRR_DEATH_TIME**Show if:** (MRR_RECORDS is-any-of) and (FACILITY_TYPE >= 2)**Período posparto****Question:** MRR_POS_REFFROM**Required****Scale Summary**


Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: MRR_POS_REF_ACCOMFROM**Required****Show if:** (MRR_POS_REFFROM = 1:[Si])**Scale Summary**


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

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

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

Question: MRR_POS_REF_DATEFROM**Required****Show if:** (MRR_POS_REFFROM = 1:[Si])**Scale Summary**


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

 195. Fecha de referencia/traslado:

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

Question: MRR_POS_REF_TIMEFROM**Required****Show if:** (MRR_POS_REFFROM = 1:[Si])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora	
-1	No registrado	

 196. Hora de referencia/traslado:

- ☐ Hora (HH:MM)
- ☐ No registrado

Question: MRR_POS_TRANS_TYPEFROM**Required****Show if:** (MRR_POS_REFFROM = 1:[Si])**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	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

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

- ☐ Casa base
☐ Puesto de Salud
☐ Centro de salud
☐ Hospital primario
☐ Hospital departamental
☐ Hospital regional
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_POS_TRANS_NAMEFROM

Required

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

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

Question: MRR_POS_DOB

Required

Show if: (MRR_RECORDS is-none-of)

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

199. Fecha del nacimiento

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

Question: MRR_POS_DOB_TIME

Required

Show if: (MRR_RECORDS is-none-of)

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

200. Hora del nacimiento

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: MRR_POS_GEST

Required

Show if: (MRR_RECORDS is-none-of)

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

201. Edad gestacional del bebé al nacimiento

- ☐ Edad (en semanas):
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_VDRL

Required

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

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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

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

Custom Layout Question: MRR_POS3_CHECK

203.

	Número de veces durante las primeras 2 horas	Número de veces durante la primera hora	Número de veces durante la segunda hora
Presión arterial (PA)			
Temperatura (T°)			
Pulso			
Frecuencia cardiaca (fc)			
Frecuencia respiratoria (fr)			
Revisión de las características de loquios			
Revisión de presencia anormal de sangrado			
Involución uterina			
Otro (especifique)			

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_NUM_FIRST

Required

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

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

204. Cantidad de los loquios durante el primer revisión:

- ☐ Loquios normales
☐ Loquios abundantes
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_LOOKS_FIRST

Required

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

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

205. Aspecto de los loquios durante el primer revisión:

- ☐ Loquios normales
☐ Presencia de sólodos
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_ODOR_FIRST

Required

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

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

206. Olor de los loquios durante el primer revisión:

- ☐ Loquios normales
☐ Olores fétidos
☐ No registrado

Question: MRR_POS_ATTACH

Required


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

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

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_TEMP_37**Required**

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado


Revise la sección de egreso en el expediente médico y anote los valores de las siguientes mediciones

Custom Layout Question: MRR_DIS_CHECK1

209.	Registrado	Valores / Notas	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial (PA)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promocion de la lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Involución uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presencia de sangrado o hemorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Revisión de presencia anormal de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Características de loquios	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Revisión vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_NUM_DIS**Required****Show if:** (MRR_DIS_CHECK_LOCHIA_REG = 1:[Registrado])


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

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

- ☐ Loquios normales
- ☐ Loquios abundantes
- ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_LOOKS_DIS**Required****Show if:** (MRR_DIS_CHECK_LOCHIA_REG = 1:[Registrado])

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

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

- ☐ Loquios normales
- ☐ Presencia de sólodos
- ☐ No registrado

Question: MRR_WOM_LOCHIAS_ODOR_DIS**Required****Show if:** (MRR_DIS_CHECK_LOCHIA_REG = 1:[Registrado])

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


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

- ☐ Loquios normales

- ☐ Olores fétidos
- ☐ No registrado

Question: MMR_POS_SPEC**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitaria	
7	Auxiliar de enfermería	
8	Médico de servicio social	
9	Enfermera en servicio social	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 213. Persona que brindó la atención post-parto para la madre

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitaria
- ☐ Auxiliar de enfermería
- ☐ Médico de servicio social
- ☐ Enfermera en servicio social
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: MRR_POS_OUT**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Nacido vivo	
3	Nacido muerto	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 214. ¿Cuál fue el resultado del nacimiento?

- ☐ Nacido vivo
- ☐ Nacido muerto
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: MRR_POS_OUT_BIRTH**Required****Show if:** (MRR_POS_OUT = 1:[Nacido vivo]) and (MRR_DEL_MODE was-not-answered)


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
4	Parto vaginal con feto en presentación distócica	
5	Cesárea	
7	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 215. Tipo:

- ☐ Parto vaginal
- ☐ Parto vaginal con feto en presentación distócica
- ☐ Cesárea
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

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

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


 216. Especifique el tipo de cesárea

- ☐ Cesárea de emergencia
- ☐ Cesárea electiva
- ☐ No registrado

Question: MRR_POS_TYPE

Required**Show if:** (MRR_POS_OUT = 1:[Nacido vivo])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Un solo bebé	
2	2 bebés	
3	3 bebés	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 217. Tipo de nacimiento:

☐ Un solo bebé

☐ 2 bebés

☐ 3 bebés

☐ Otro (especificar):
☐ No registrado
Question: MMR_POS_BABY_GEN**Required****Show if:** (MRR_POS_OUT = 1:[Nacido vivo]) and (MRR_POS_TYPE = 1:[Un solo bebé])

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


 218. Sexo del bebé:

☐ Masculino

☐ Femenino

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


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

 219. Sexo de los bebés:

☐ Masculino


☐ Femenino

☐ Masculino y femenino

☐ No registrado
Question: MRR_POS_BABY_GEN_GENDER**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR_POS_TYPE = 995:[Otro (especificar):]) or (MRR_POS_TYPE = 3:[3 bebés])
 220. Indique el numero de bebés masculinos y femeninos

☐ Masculino
☐ Femenino
☐ No registrado
Question: MMR_NEW_ATT**Required****Show if:** (MRR_POS_OUT ≠ 3:[Nacido muerto])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Agente comunitario / trabajador de salud comunitaria	
6	Auxiliar de enfermería	
7	Médico de servicio social	
8	Enfermera en servicio social	
0	Nadie	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 221. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

☐ Médico

☐ Enfermera

☐ Partera

☐ Agente comunitario / trabajador de salud comunitaria

☐ Auxiliar de enfermería

- ☐ Médico de servicio social
☐ Enfermera en servicio social
☐ Nadie
☐ Otro (especificar):
☐ No registrado

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

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

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK1

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

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

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK2

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

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

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK1_2

224.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Administración de vitamina K.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de oxitetraciclina oftálmica como profilaxis o clorafenicol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curación del cordón umbilical con agua y clorhexidina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curación del cordón umbilical con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación para presencia de malformaciones (MFC)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación del color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de vacuna BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Determinación de la Edad Gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación de los signos de peligro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promoción de la lactancia materna y el Apego Precoz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK2_2

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

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

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK1_3

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

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

Custom Layout Question: MRR_NEW_CHECK2_3

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

Temperatura (T°)

Anticoncepción Post-Parto**Question:** MRR_APP_FP**Required**

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



228. Recibió la mujer anticoncepción

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Referida
- ☐ No registrado

Question: MRR_APP_FP_INFORM**Required****Show if:** (MRR_APP_FP = 2:[No])

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



229. ¿Fue la mujer se informó sobre anticoncepción?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Otro (especificar):

Question: MRR_NAME_FP**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR_APP_FP = 1:[Sí])

230. ANTICONCEPCION

Método anticonceptivo recibido

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

Resultado de la estancia en la unidad**Question:** MRR_DISPOSITION**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó	
3	Referida/traslado a otra unidad de salud	
4	Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	



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

- ☐ Murió en el hospital


- ☐ Egresó
☐ Referida/traslado a otra unidad de salud
☐ Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

Question: MRR_DISCHARGE

Required

Show if: (MRR_DISPOSITION = 2:[Egresó]) or (MRR_DISPOSITION = 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 232. ¿Hay una referencia a casa materna (generalmente en la copia de la epicrisis o en la nota de egreso)?


- ☐ Sí
☐ No

Question: MRR_POS_REF_ACCOMTO

Required

Show if: (MRR_DISPOSITION = 3:[Referida/traslado a otra unidad de salud])

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

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


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

Question: MRR_POS_REF_REASTO

Required

Show if: (MRR_DISPOSITION ≠ 3:[Referida/traslado a otra unidad de salud])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
4	Complicaciones fetales durante el trabajo de parto	
5	Complicaciones maternas antes al parto	
2	Complicaciones maternas durante al parto	
6	Complicaciones maternas posterior al parto	
3	Complicaciones neonatales	
995	Otro	
-1	No registrado	

 234. Razón por la que fue referida/traslado:

- ☐ Complicaciones fetales durante el trabajo de parto
☐ Complicaciones maternas antes al parto
☐ Complicaciones maternas durante al parto
☐ Complicaciones maternas posterior al parto
☐ Complicaciones neonatales
☐ Otro
☐ No registrado

Question: MRR_POS_REF_TYPTO

Required

Show if: (MRR_DISPOSITION ≠ 3:[Referida/traslado a otra unidad de salud])

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	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 235. Tipo de unidad a la cual fue referida/traslado la mujer:

- ☐ Casa base

- ☐ Puesto de Salud
☐ Centro de salud
☐ Hospital primario
☐ Hospital departamental
☐ Hospital regional
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Question: MRR_POS_REF_NAMETO

Required

Show if: (MRR_DISPOSITION \neq 3:[Referida/traslado a otra unidad de salud])



236. A cual unidad la mujer fue referida/transferida

Question: MRR_DIS_DATE

Required

Show if: (MRR_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó] or 3:[Referida/traslado a otra unidad de salud] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

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



237. Fecha de egreso/referencia/transferida

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

Question: MRR_DIS_TIME

Required

Show if: (MRR_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó] or 3:[Referida/traslado a otra unidad de salud] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas (abandono o fuga)] or 995:[Otra (especificar):])

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



238. Hora de egreso/referencia/transferida

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Question: MRR_DEATH_DATE

Required

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

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



239. Fecha de defunción

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

Question: MRR_DEATH_TIME

Required

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

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



240. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Collection: MRR_PPM_AFTER7

Contains: MRR_WOM_ANC_PPM, MRR_WOM_ANC_PPM_DOB, MRR_WOM_ANC_PPM_DOB_TIME, MRR_WOM_ANC_PPM_VISITDATE, MRR_WOM_ANC_PPM_VISIT10DAYS, MRR_WOM_ANC_PPM_VISITDATE2

Show if: (MRR_RECORDS is-any-of)

Período posparto

Question: MRR_WOM_ANC_PPM

Required

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

241. ¿Hay un registro de atención puerperal para la madre y/o el niño después del egreso del hospital en el expediente? (Esto no incluye el examen de posparto inmediato.)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_ANC_PPM_DOB

Required

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

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

242. Fecha del nacimiento

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

Question: MRR_WOM_ANC_PPM_DOB_TIME

Required

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

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

243. Hora del nacimiento

- ☐ Hora (HH:MM)
☐ No registrado

Question: MRR_WOM_ANC_PPM_VISITDATE

Required

Show if: (MRR_WOM_ANC_PPM = 1:[Sí])

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

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

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

Question: MRR_WOM_ANC_PPM_VISIT10DAYS

Required

Show if: (MRR_WOM_ANC_PPM_VISITDATE = 1:[Fecha:]) and ((MRR_WOM_ANC_PPM_DOB = 1:[Fecha:]) or (MRR_POS_DOB = 1:[Fecha:]) or (MRR_DEL_DATE = 1:[Fecha:]))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

245. ¿Fue esta primera visita dentro de 10 días después del nacimiento (incluyendo el día 10)?

- ☐ Sí
☐ No

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

Custom Layout Question: MRR_ANC_PPM_CHECK1


246.

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

Otro (especificar)	<input checked="" type="checkbox"/>			

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

Custom Layout Question: MRR_ANC_PPM_CHECK2


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

Question: MRR_WOM_ANC_PPM_VISITDATE2


Required

Show if: (MRR_WOM_ANC_PPM = 1:[Sí])

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

 248. La fecha de la segunda visita después del parto
<input type="radio"/> Fecha: <input type="text"/> (DD/MM/YYYY)
<input type="radio"/> No registrado

Question: COMMENT_NO_COMPL

 249. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección
--

<div></div>

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

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.