

Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM)

Encuesta de Hogares

 0%**Collection:** LOGIN**Contains:** DATSTAT_ALTPIDIniciativa Salud Mesoamérica (ISM)
Panamá

Encuesta de Hogares

Sección 3: Mediciones físicas

Question: DATSTAT_ALTPID**Required**

▶ ID:

Collection: FRONTCOVER**Contains:** ID_INTERVIEWER_HH, ID_ANTHROPO_HH, ID_SUPERVISOR_HH**Información de la portada**

Corregimiento: {UserData:CORREGIMIENTO}

Segmento:

Número del hogar:

ID del madre del niño: {UserData:ID_MOTHER}

CÓDIGO de ID:

Nombre: {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}

Edad: meses

Sexo:

Custom Layout Question: TODAY_DATE

▶ ¿Cuál es la fecha de hoy?

Día ▼ Mes ▼ Año ▼**Question:** ID_INTERVIEWER_HH**Required**

▶ Código del entrevistador:

Question: ID_ANTHROPO_HH
Required



▶ Código del encargado de mediciones físicas:

Question: ID_SUPERVISOR_HH
Required



▶ Código del supervisor:

Collection: MODULE_3

Contains: MCH_AVAIL, KID_EXAM_WHYNOT_1, KID_EXAM_CONSENT, KID_EXAM_WHYNOT, DOCUMENTO, ALTITUD, KID_EXAM_DATE, KID_HT_CM_NUM, KID_HT_METHOD, KID_WT_KG, KID_REF_WASTING, KID_FP, KID_FP_WHYNOT, KID_HEM_NUM, KID_HGB, KID_ANEMIA

Question: MCH_AVAIL
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
2	No, el cuidador no consintió en ser entrevistado sobre la salud de este niño	
3	No, este niño no es elegible porque el niño no era miembro permanente del hogar.	
4	Niño no elegible debido a su edad (no entre 0-5)	
5	No, el cuidador estuvo ausente incluso después de visitar la casa 3 veces.	
6	Otro	



▶ Entrevistador: ¿Eres capaz de comenzar este módulo?

- ☐ Si
- ☐ No, el cuidador no consintió en ser entrevistado sobre la salud de este niño
- ☐ No, este niño no es elegible porque el niño no era miembro permanente del hogar.
- ☐ Niño no elegible debido a su edad (no entre 0-5)
- ☐ No, el cuidador estuvo ausente incluso después de visitar la casa 3 veces.
- ☐ Otro

Question: KID_EXAM_WHYNOT_1
Required

Show if: (MCH_AVAIL = 2:[No, el cuidador no consintió en ser entrevistado sobre la salud de este niño])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se negó	
2	Ausente	
3	Enfermo/a	
4	Otros	



▶ Si no se obtuvo el consentimiento, ¿por qué no?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Se negó
- ☐ Ausente
- ☐ Enfermo/a

☐ Otros

Question: KID_EXAM_CONSENT

Required

Show if: (MCH_AVAIL ≠ 2:[No, el cuidador no consintió en ser entrevistado sobre la salud de este niño])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



▶ Obtuvo el consentimiento de la madre/el padre o el cuidador principal para medir y pesar al niño (a la niña):

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: KID_EXAM_WHYNOT

Required

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 0:[No])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se negó	
2	Ausente	
3	Enfermo/a	
4	Otros	



▶ Si no se obtuvo el consentimiento, ¿por qué no?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Se negó
- ☐ Ausente
- ☐ Enfermo/a
- ☐ Otros

Jump-To: JUMP2

Description:

Jump-To-Item: INTERVIEWER_NOTES

Jump-If: (KID_EXAM_CONSENT = 0:[No])

Custom Layout Question: KID_EXAM_DOB



▶ ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño?

Entrevistador: Verifique la fecha de nacimiento con un documento oficial.

Día

Mes

Año

Question: DOCUMENTO

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Tarjeta de vacunación	
2	Certificado o acta de nacimiento	
3	Otro, especificar:	



▶ Documento oficial utilizado para verificar la fecha de nacimiento:

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Tarjeta de vacunación
- ☐ Certificado o acta de nacimiento
- ☐ Otro, especificar:

Question: ALTITUD

Required

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])



► Indique la altitud de esta localidad o segmento:

MSNM

Question: KID_EXAM_DATE

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])



► Registrar la fecha de medición:

(DD/MM/AAAA)

Question: KID_HT_CM_NUM

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])



► Estatura (cm)

INGRESE LA ESTATURA:

cm

Question: KID_HT_METHOD

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parada	
2	Acostada	



► Método

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Parada
- ☐ Acostada

Question: KID_WT_KG

Show if: (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])



► Peso (kg)

INGRESE EL PESO:

Entrevistador:

- Registre el peso en kilos y compare el peso contra la tabla de peso para la talla de acuerdo con el sexo.

- Si el niño tiene un peso bajo para la talla, remítalo al servicio de salud correspondiente.

kg

Question: KID_REF_WASTING**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, remitido/a	
0	No	



▶ Remitido (bajo peso para la talla)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí, remitido/a
- ☐ No

Question: KID_FP**Show if:** (KID_EXAM_CONSENT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



▶ ¿Se tomó una muestra de sangre (pinchazo en el dedo)?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: KID_FP_WHYNOT**Show if:** (KID_FP = 0:[No])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La madre no dio su consentimiento	
2	Cantidad insuficiente de sangre	
3	No se pudo inyectar la aguja	
4	Otros	



▶ Si no se tomó una muestra de sangre, ¿por qué no?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ La madre no dio su consentimiento
- ☐ Cantidad insuficiente de sangre
- ☐ No se pudo inyectar la aguja
- ☐ Otros

Question: KID_HEM_NUM**Required****Show if:** (KID_FP = 1:[Sí])

▶ Registrar el número del hemocue:

Question: KID_HGB**Show if:** (KID_FP = 1:[Sí])

▶ Concentración de hemoglobina (g/dL)

INGRESE LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA (g/dL):

Entrevistador:

- Si la concentración de hemoglobina es inferior al límite inferior, o mayor que el límite superior de las tablas de referencia ajustadas por altitud, el niño debe ser referido a los servicios de salud.

- Explique: El resultado muestra un nivel de hemoglobina bajo en la sangre de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME}. Esto significa que tiene anemia, que es un problema de salud grave. Le recomendamos que informe a su médico o al centro de salud más cercano acerca de esta condición. ¿Nos autoriza a enviar esta información sobre el nivel de hemoglobina de {UserData:DATSTAT_FIRSTNAME} al Equipo de Salud Comunitaria de su área?

Question: KID_ANEMIA

Show if: (KID_FP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, remitido/a	
0	No	



▶ Remitido (por anemia)

(SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Sí, remitido/a

☐ No

Collection: INTERVIEWER_NOTES

Contains: C_COMMENT_MOD3

Notas del entrevistador

Question: C_COMMENT_MOD3



▶ Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección.

NO incluya ningún dato (nombre, fecha de nacimiento) que permita identificar a los participantes.

FIN DE LA SECCIÓN 3.

Ha llegado al final de la encuesta.

Haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. No podrá volver a revisar las opciones luego de que haga clic en el botón "enviar".

Si cree que ha llegado a esta página por error, haga clic en el botón "anterior" y revise sus respuestas según sea necesario.

Gracias por el tiempo que nos ha dedicado el día de hoy.

Powered by DatStat