



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: GEOGRAPHY
Contains: GEO_REC_NUM, GEO_LAT, GEO_LONG, GEO_ALTITUDE

Sistema de Posicionamiento Global

Question: GEO_REC_NUM
Required



1. Escriba el número del receptor GPS

Question: GEO_LAT
Required



2. Escriba las coordenadas de la latitud:

(Por ejemplo: N 08.12684)

N

Question: GEO_LONG
Required



3. Escriba las coordenadas de la longitud:

(Por ejemplo: W 79.36685, no utilizar "-")

W

Question: GEO_ALTITUDE
Required



4. Escriba la altitud (en metros):

 Metros

Collection: LOG_IN
Contains: DATE, INTERVW_ID1, INTERVW_ID2, REG_NAME, FACILITY_ID, OTHER_CONE, FAC_TYPE, CONSENT_OBTAINED

Question: DATE
Required



5. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: INTERVW_ID1
Required



6. Identificación 1 del entrevistador

Question: INTERVW_ID2
Required



7. Identificación 2 del entrevistador

Question: REG_NAME
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Kuna Yala	
2	Darién/Comarca Emberá	







- ☐ Kuna Yala
- ☐ Darién/Comarca Emberá

Scale Summary

[illegible]

Never Shown
Never Shown

Age Group	Percentage
18-24	35%
25-34	28%
35-44	15%
45-54	12%
55-64	8%
65+	5%

- ☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ Otro, especificar
☐ No sabe
☐ Se negó a contestar

Question: OTHER_CONE**Required****Show if:** (FACILITY_ID = 999:[Otro, especificar])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Ambulatorio	
2	Básico	



10. Ha indicado que esta instalación no aparece en la lista de instalaciones de salud. ¿Como se clasifica esta instalación?

- ☐ Ambulatorio
☐ Básico

Question: FAC_TYPE**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Puesto de Salud	
2	Sub Centro de Salud	
3	Centro de Salud con Cama	
4	Equipo Itinerante	
7	Hospital Rural	



11. Primero quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de esta instalación. ¿Qué tipo de instalación de salud es ésta?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Puesto de Salud
☐ Sub Centro de Salud
☐ Centro de Salud con Cama
☐ Equipo Itinerante
☐ Hospital Rural

Busque a la persona responsable de la instalación de salud o la persona que tenga el más alto cargo y que esté presente en la instalación de salud. A esa persona lea el siguiente consentimiento informado y si esa persona está de acuerdo en participar en el estudio, solicítele que firme el documento.

Buen día, mi nombre es [NOMBRE]. Estamos realizando visitas a los servicios de salud para contribuir a mejorarlos. Su instalación de salud ha sido elegida para participar en esta encuesta por lo que estamos solicitando su consentimiento para participar en ésta.

Le haremos preguntas acerca de diversos servicios que ofrecen a la población y le pediremos ver los registros de los pacientes. Los nombres de los pacientes no se registrarán, ni compartirán. La información acerca de esta instalación de salud puede ser utilizada por el Ministerio de Salud u otras instituciones relacionadas, si así lo desean, para planificación y mejora de los servicios, o bien con fines de investigación. Los datos que se recopilen de esta instalación de salud también se podrán proporcionar a investigadores para que realicen análisis, sin embargo, el nombre de su instalación de salud no será proporcionado, solamente estarán disponibles los datos de la instalación de salud. Con ello le garantizamos la total confidencialidad de la información que usted nos pueda brindar.

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria, usted tiene derecho a dejar de participar en cualquier momento y si desea no participar, no tendrá ninguna repercusión en su trabajo o su relación futura con el Ministerio de Salud.

Estamos solicitando su ayuda para asegurarnos de que la información que recopilamos sea precisa. Si hay preguntas para las cuales alguna otra persona sea más idónea para proporcionar la información, le agradeceríamos que nos presente a esa persona.

¿Tiene alguna pregunta acerca de la encuesta?

¿Tengo su consentimiento para continuar?

Question: CONSENT_OBTAINED**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



12. ¿Se obtuvo consentimiento?

- ☐ Sí
☐ No

Jump-To: JMP1**Description:****Jump-To-Item:** END**Jump-If:** (CONSENT_OBTAINED = 0:[No])**Collection:** QUESTIONNAIRE

Contains: FACILITY_CHARACTERISTICS, EDUCATION_TRAINING, FACILITY_SUPERVISION, ANTENATAL_CARE, DELIVERY_CARE, POSTNATAL_CARE, CHILD_HEALTH_SERVICES1, VACCINE_LOGISTICS, FAMILY_PLANNING1, CONTRACEPTIVE_SUPPLIES, MEDICINE_SUPPLIES, INCENTIVES, INFECTION_CONTROL, DATA_EVAL, COMMUNITY_PLANS, COMMENT_QUEST

Collection: FACILITY_CHARACTERISTICS

Contains: OP_DAYS, SERV_24_7_Q, PER_24_7_NURSE, FAC_MOB, AMBULANCE, REFRNET_REC, REFRNET_REC_ROUTDELIV, REFRNET_REC_ROUTMAT, REFRNET_REC_COMPDELIV, REFRNET_REC_COMPMAT, REFRNET_REC_NAME1, REFRNET_REC_NAME_OTRO, REFRNET_REC_NAME2, REFRNET_REC_NAME_OTRO2, REFRNET_REC_NAME3, REFRNET_REC_NAME_OTRO3, REFRNET_SEND, REFRNET_SEND_ROUTDELIV, REFRNET_SEND_ROUTMAT, REFRNET_SEND_COMPDELIV, REFRNET_SEND_COMPMAT, REFRNET_SEND_HOW, REFRNET_SEND_NAME1, REFRNET_SEND_NAME_OTRO, REFRNET_SEND_NAME2, REFRNET_SEND_NAME_OTRO2, REFRNET_SEND_NAME3, REFRNET_SEND_NAME_OTRO3, OUTREACH, OUTREACH_ACTIVITIES, OUTREACH_SRCH_WMN, OUTREACH_WMN_REG, AC_SAFE_BLOOD, TIME_BLOOD, ELECT, ELECT_POWER, ELECT_HRS, ELECT_DAYS, ELECT_SRC, EMER_GEN, EMER_GEN_WORK, EMER_GEN_FUEL, FAC_WAT, FAC_WAT_SOUR, INTER_ACCES, DEVICE_OWN, DEVICE_ACCESS, DEVICE_FUNC, MEETINGS, HOS_SER, FOOD_PAT, ACOM_PER_STAY, ACOM_PER_SER

Las Características Generales del Establecimiento

Custom Layout Question: OP_TIME

13. ¿De qué hora a qué hora da servicio esta instalación (en horario de 24 horas)? Considere todos los turnos.

De AM a PM o

Question: OP_DAYS

Minimum checks: 1

14. ¿Qué días de la semana está abierta esta unidad de salud?

- ☐ Lunes
☐ Martes
☐ Miércoles
☐ Jueves
☐ Viernes
☐ Sábado
☐ Domingo

☐ Otro (especificar):

- ☐ No sabe
☐ No contesta

Question: SERV_24_7_Q

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

15. ¿Esta instalación de salud ofrece servicios todos los días en los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: PER_24_7

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, todos los días incluyendo fines de semana y días festivos.	
2	Sí, pero solo de lunes a viernes; en fines de semana y días festivos no, o solo ocasionalmente	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

16. ¿Tiene médicos disponibles con una llamada telefónica los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos?

- ☐ Sí, todos los días incluyendo fines de semana y días festivos.
☐ Sí, pero solo de lunes a viernes; en fines de semana y días festivos no, o solo ocasionalmente
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: PER_24_7_NURSE

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, todos los días incluyendo fines de semana y días festivos.	
2	Sí, pero solo de lunes a viernes; en fines de semana y días festivos no, o solo ocasionalmente	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

17. ¿Tiene enfermeras disponibles en la instalación o con una llamada telefónica los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos?

- ☐ Sí, todos los días incluyendo fines de semana y días festivos.
☐ Sí, pero solo de lunes a viernes; en fines de semana y días festivos no, o solo ocasionalmente
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FAC_MOB

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

18. ¿Cuenta esta instalación de salud con un equipo médico de visita domiciliar? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: AMBULANCE

Contains: TRANS_AMB_AVAIL, TRANS_AMB_ACCESS, TRANS_AMB_USE, TRANS_AMB_NOREAS, TRANS_AMB_PAYHOME, TRANS_AMB_PAYFAC

Question: TRANS_AMB_AVAIL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

19. ¿Tiene esta unidad de salud una(s) ambulancia(s)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRANS_AMB_ACCESS

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, disponible inmediatamente	
2	Sí, disponible en una hora	
3	Sí, disponible en dos horas	
4	Sí, disponible en un día	
5	Sí, disponible en mas que un día	
995	Otra (especificar)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

20. ¿Tiene esta unidad de salud acceso a una ambulancia?

- ☐ Sí, disponible inmediatamente
- ☐ Sí, disponible en una hora
- ☐ Sí, disponible en dos horas
- ☐ Sí, disponible en un día
- ☐ Sí, disponible en mas que un día
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRANS_AMB_USE

Required

Show if: (TRANS_AMB_AVAIL = 1:[Sí]) or (TRANS_AMB_ACCESS = 1:[Sí, disponible inmediatamente])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

21. ¿Se puede usar la ambulancia para transportar pacientes?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRANS_AMB_NOREAS

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	No hay gasolina	
2	Sin conductor	
3	Problema mecánico	
4	Bloqueos causados por trastornos sociales	
5	Falta de equipo adecuado	
995	Otra (especificar)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

22. Si no, ¿por qué no?

- ☐ No hay gasolina
- ☐ Sin conductor
- ☐ Problema mecánico
- ☐ Bloqueos causados por trastornos sociales
- ☐ Falta de equipo adecuado
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRANS_AMB_PAYHOME

Required

Show if: (TRANS_AMB_AVAIL = 1:[Sí]) or (TRANS_AMB_ACCESS is-any-of 1:[Sí, disponible inmediatamente] or 2:[Sí, disponible en una hora] or 3:[Sí, disponible en dos horas] or 4:[Sí, disponible en un día] or 5:[Sí, disponible en mas que un día] or 995:[Otra (especificar)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

23. ¿Paga el paciente por el transporte en ambulancia de su casa o trabajo a esta unidad de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No


- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRANS_AMB_PAYFAC

Required

Show if: (TRANS_AMB_AVAIL = 1:[Sí]) or (TRANS_AMB_ACCESS is-any-of 1:[Sí, disponible inmediatamente] or 2:[Sí, disponible en una hora] or 3:[Sí, disponible en dos horas] or 4:[Sí, disponible en un día] or 5:[Sí, disponible en mas que un día] or 995:[Otra (especificar)])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 24. ¿Paga el paciente por el transporte en ambulancia entre esta unidad de salud y otras?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: REFRNET_REC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 25. ¿Normalmente reciben pacientes referidos o enviados desde otra instalación de salud? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: REFRNET_REC_ROUTDELIV

Required

Show if: (REFRNET_REC = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No Sabe	
-2	No contesta	

 26. ¿Esta unidad de salud recibe mujeres referidas/traslado desde otra unidad para la atención de parto rutinario?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No Sabe
- ☐ No contesta

Question: REFRNET_REC_ROUTMAT

Minimum checks: 1

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

 27. Si es así, ¿qué documentación solicitan cuando las mujeres son referidas/traslado a esta unidad para los partos rutinarios?

- ☐ Hoja de referencia
- ☐ Formulario de transferencia
- ☐ Expediente médico del paciente
- ☐ Pruebas de laboratorio
- ☐ Prueba de cobertura del seguro
- ☐ Otros documentos (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: REFRNET_REC_COMPDELIV

Required

Show if: (REFRNET_REC = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 28. ¿Esta unidad de salud recibe mujeres referidas/traslado desde otra unidad para la atención de parto complicado?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: REFRNET_REC_COMPMAT

Minimum checks: 1

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

 29. Si es así, ¿qué documentación solicitan cuando las mujeres son referidas/traslado a esta unidad para los partos complicados?

- ☐ Hoja de referencia
- ☐ Formulario de transferencia
- ☐ Expediente médico del paciente
- ☐ Pruebas de laboratorio

Device Type	Percentage
Smartphone	95%
Tablet	90%
Smartwatch	85%
Smart TV	80%
Smart Home Device	75%
Smart Car	70%
Smartwatch	65%
Smart TV	60%
Smart Home Device	55%
Smart Car	50%

999	Otro, especificar
-1	No sabe
-2	Se negó a contestar
-3	No se refiere a otras instalaciones de salud

 32. ¿De qué instalaciones de salud les refieren pacientes?

Indague el nombre de la instalación:

-- Selezione uno --

Question: REFRNET_REC_NAME_OTRO2

Required

Show if: (REFRNET_REC = 1:[Sí]) and (REFRNET_REC_NAME2 = 999:[Otro, especificar])

 33. Otro, especificar:

--

Question: REFRNET_REC_NAME3

Required

Show if: (REFRNET_REC = 1:[Sí]) and (REFRNET_REC_NAME2 ≠ -3:[No se refiere a otras instalaciones de salud]) and (REFRNET_REC_NAME2 ≠ -2:[Se negó a contestar]) and (REFRNET_REC_NAME2 ≠ -1:[No sabe])

Scale Summary

Code Label

Show-If

Code	Label	Value (approximate)
1	A	10
2	A	10
3	A	10
4	A	10
5	A	10
6	A	10
7	A	10
8	A	10
9	A	10
10	A	10
11	B	10
12	B	10
13	B	10
14	B	10
15	B	10
16	B	10
17	B	10
18	B	10
19	B	10
20	B	10
21	C	10
22	C	10
23	C	10
24	C	10
25	C	10
26	C	10
27	C	10
28	C	10
29	C	10
30	C	10
31	D	10
32	D	10
33	D	10
34	D	10
35	D	10
36	D	10
37	D	10
38	D	10
39	D	10
40	D	10
41	E	10
42	E	10
43	E	10
44	E	10
45	E	10
46	E	10
47	E	10
48	E	10
49	E	10
50	E	10
51	F	10
52	F	10
53	F	10
54	F	10
55	F	10
56	F	10
57	F	10
58	F	10
59	F	10
60	F	10
61	G	10
62	G	10
63	G	10
64	G	10
65	G	10
66	G	10
67	G	10
68	G	10
69	G	10
70	G	10
71	H	10
72	H	10
73	H	10
74	H	10
75	H	10
76	H	10
77	H	10
78	H	10
79	H	10
80	H	10
81	I	10
82	I	10
83	I	10
84	I	10
85	I	10
86	I	10
87	I	10
88	I	10
89	I	10
90	I	10
91	J	10
92	J	10
93	J	10
94	J	10
95	J	10
96	J	10
97	J	10
98	J	10
99	J	10
100	J	10
101	K	10
102	K	10
103	K	10
104	K	10
105	K	10
106	K	10
107	K	10
108	K	10
109	K	10
110	K	10
111	L	10
112	L	10
113	L	10
114	L	10
115	L	10
116	L	10
117	L	10
118	L	10
119	L	10
120	L	10
121	M	10
122	M	10
123	M	10
124	M	10
125	M	10
126	M	10
127	M	10
128	M	10
129	M	10
130	M	10
131	N	10
132	N	10
133	N	10
134	N	10
135	N	10
136	N	10
137	N	10
138	N	10
139	N	10
140	N	10
141	O	10
142	O	10
143	O	10
144	O	10
145	O	10
146	O	10
147	O	10
148	O	10
149	O	10
150	O	10
151	P	10
152	P	10
153	P	10
154	P	10
155	P	10
156	P	10
157	P	10
158	P	10
159	P	10
160	P	10
16		

999	Otro, especificar
-1	No sabe
-2	Se negó a contestar
-3	No se refiere a otras unidades médicas

34. ¿De qué instalaciones de salud les refieren pacientes?

Indague el nombre de la instalación:

-- Selezione uno --

Question: REFRNET_REC_NAME_OTRO3


Question:
Required

Show if: (REFRNET_REC = 1:[Sí]) and (REFRNET_REC_NAME3 = 999:[Otro, especificar])

 35. Otro, especificar:

Question: REFRNET_SEND**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 36. ¿Normalmente envían o refieren pacientes a otra instalación de salud? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: REFRNET_SEND_ROUTDELIV**Required****Show if:** (REFRNET_SEND = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 37. ¿Transfiere a las mujeres para los partos rutinarios?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: REFRNET_SEND_ROUTMAT**Minimum checks:** 1**Show if:** (REFRNET_SEND_ROUTDELIV = 1:[Sí])

 38. Si es así, ¿qué documentación tienen que llevar las mujeres cuando son enviadas a otras unidades de salud para un parto rutinario (no complicado)?

- ☐ Hoja de referencia
☐ Formulario de transferencia
☐ Expediente médico del paciente
☐ Pruebas de laboratorio
☐ Prueba de cobertura del seguro
☐ Otros documentos (especificar)
☐ Otra (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta


Question: REFRNET_SEND_COMPDELIV**Required****Show if:** (REFRNET_SEND = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 39. ¿Transfiere a las mujeres para partos complicados?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: REFRNET_SEND_COMPMAT**Minimum checks:** 1**Show if:** (REFRNET_SEND_COMPDELIV = 1:[Sí])

 40. Si es así, ¿qué documentación tienen que llevar las mujeres cuando son enviadas a otras unidades de salud para un parto complicado?

- ☐ Hoja de referencia
☐ Formulario de transferencia
☐ Expediente médico del paciente
☐ Pruebas de laboratorio
☐ Prueba de cobertura del seguro
☐ Otros documentos (especificar)
☐ Otra (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: REFRNET_SEND_HOW**Minimum checks:** 1

 41. ¿Cómo decide a qué unidades de salud referir pacientes?

- ☐ Referido según la red de referencia
☐ Basado en la condición del paciente
☐ Basado en la capacidad de la unidad de referencia
☐ Basado en el tipo de seguro
☐ No hay requisitos
☐ Otra (especificar)

- Show-If

0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

48. ¿Realiza esta unidad de salud alguna actividad comunitaria?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: OUTREACH_ACTIVITIES

Minimum checks: 1

Show if: (OUTREACH = 1:[Sí])

49. ¿Qué tipo de actividades comunitarias realiza esta unidad de salud? (Seleccione todas las que correspondan)

- ☐ Vacunación
- ☐ Cuidado de los niños
- ☐ Campañas de sensibilización en salud (general)
- ☐ Campañas de sensibilización en salud (materna)
- ☐ Campañas de sensibilización en salud (niño)
- ☐ Cuidado prenatal
- ☐ Seguimiento maternal
- ☐ Seguimiento del paciente
- ☐ Proporcionar micronutrientes
- ☐ Proporcionar albendazole o mebendazole
- ☐ Proporcionar sales de rehidratacion oral
- ☐ Proporcionar sulfato o gluconato de zinc
- ☐ Proporcionar asesoramiento en planificación familiar
- ☐ Proporcionar o colocar métodos de planificación familiar
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: OUTREACH_SRCH_WMN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

50. ¿El personal de este centro realiza la búsqueda activa de mujeres embarazadas en las comunidades? Es decir, ¿se visitan casas en las comunidades dentro del área de influencia de la unidad de salud para identificar mujeres embarazadas?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: OUTREACH_WMN_REG

Required

Show if: (OUTREACH_SRCH_WMN = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

51. ¿Realiza esta unidad de salud a un registro de mujeres embarazadas en su área influencia para su identificación y seguimiento?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Por favor dígame si esta instalación de salud cuenta con el siguiente personal, si laboran de tiempo completo o de medio tiempo, y en qué turno están

Custom Layout Question: SERV_24_7_PART1

52. Tipo de personal	Presente	Número:	Número de personas presentes en cada turno	
			Mañana	Tarde
Médicos generales	<input checked="" type="checkbox"/>			
Pediatras	<input checked="" type="checkbox"/>			
Nutricionistas	<input checked="" type="checkbox"/>			
Farmacéuticos	<input checked="" type="checkbox"/>			
Enfermeras	<input checked="" type="checkbox"/>			
Auxiliares de enfermeras	<input checked="" type="checkbox"/>			
Parteras	<input checked="" type="checkbox"/>			
Trabajadoras sociales	<input checked="" type="checkbox"/>			
Técnicos de laboratorio	<input checked="" type="checkbox"/>			
Promotores de salud	<input checked="" type="checkbox"/>			
Otras especialidades (especifique)	<input checked="" type="checkbox"/>			

Ahora, para las categorías de personal le voy a mencionar, por favor indíqueme si cuentan con ellos en esta instalación y cuántos están disponibles para venir.

Custom Layout Question: SUP_STAFF_AB

53.	Presente	Número
Internista	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ginecobstetras	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cirujanos	<input checked="" type="checkbox"/>	
Anestesiólogos	<input checked="" type="checkbox"/>	
Personal técnico para emergencias (paramédicos)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Técnico radiólogo	<input checked="" type="checkbox"/>	
Chofer de ambulancia /polivalente (trabajador manual, mantenedor)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras especialidades (especifique)	<input checked="" type="checkbox"/>	

Ahora, para las categorías de personal le voy a mencionar, por favor indíqueme si cuentan con ellos en esta instalación, si están disponibles para venir si se les llama, y cuántos están disponibles para venir.

Custom Layout Question: SUP_STAFF_24

54.	Presente	Número	Disponible si es llamado 24 h 7 días a la semana	Número disponible
Internista	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Ginecobstetras	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Cirujanos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Anestesiólogos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Personal técnico para emergencias (paramédicos)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Técnico radiólogo	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Chofer de ambulancia /polivalente (trabajador manual, mantenedor)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras especialidades (especifique)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

Por favor indíqueme si los siguientes tipos de personal trabajan en esta instalación:

Custom Layout Question: SUP_STAFF2

55.	Presente
Encargados de mantenimiento de equipos	<input checked="" type="checkbox"/>
Encargados de mantenimiento de edificio	<input checked="" type="checkbox"/>

Question: AC_SAFE_BLOOD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
2	No contesta	

56. ¿Tienen acceso a sangre segura?
<input type="radio"/> Si
<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> No sabe
<input type="radio"/> No contesta

Question: TIME_BLOOD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En vehículo:	
2	A pie:	
0	No se usa el servicio de banco de sangre	
-1	No sabe	

-2 No contesta

57. ¿A qué distancia les queda el banco de sangre más cercano?

Duración:

- ☐ En vehículo: minutos
- ☐ A pie: minutos
- ☐ No se usa el servicio de banco de sangre
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: ELECT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

58. ¿Tiene esta instalación servicio de luz?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: ELECT_POWER**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, todos los equipos	
2	Solo algunos equipos	
0	Ningún equipo	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

59. ¿Tiene la energía eléctrica la suficiente potencia para mantener funcionando a todos los equipos de esta instalación?

- ☐ Sí, todos los equipos
- ☐ Solo algunos equipos
- ☐ Ningún equipo
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: ELECT_HRS**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Todo el tiempo	
2	Anote el número de horas	
-1	No sabe	
-2	No responde	

60. En un día normal, ¿cuántas horas al día la instalación de salud cuenta con energía eléctrica?

- ☐ Todo el tiempo
- ☐ Anote el número de horas
- ☐ No sabe
- ☐ No responde

Question: ELECT_DAYS**Required****Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No hubo interrupciones en la energía eléctrica.	
1	Número total de días	
-1	No sabe	
-2	No responde	
-3	No aplica	

61. Durante la semana pasada, mientras la instalación de salud estuvo abierta (incluyendo la atención de servicio de urgencias) ¿cuántos días se quedó sin electricidad por al menos dos horas?

- ☐ No hubo interrupciones en la energía eléctrica.
- ☐ Número total de días
- ☐ No sabe
- ☐ No responde
- ☐ No aplica

Question: ELECT_SRC**Minimum checks:** 1**Show if:** (ELECT = 1:[Sí])

62. Sírvase indicar todas las fuentes de electricidad para este centro. (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN):

- ☐ Suministro de una central
- ☐ Suministro privado
- ☐ Generador en el centro
- ☐ Generador solar
- ☐ Red Pública
- ☐ Otra fuente (especifique)


- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: EMER_GEN

Required

Show if: (ELECT = 1:[SÍ])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 63. ¿Esta instalación de salud cuenta con planta electrica?


- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: EMER_GEN_WORK

Required

Show if: (EMER_GEN = 1:[SÍ])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 64. ¿Funciona la planta electrica?


- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: EMER_GEN_FUEL

Required

Show if: (EMER_GEN = 1:[SÍ])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 65. ¿Cuenta con combustible todo el tiempo para echar a andar la planta eléctrica?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FAC_WAT

Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 66. ¿Esta instalación de salud cuenta con alguna fuente de abastecimiento de agua? (SELECCIONE UNA OPCIÓN):

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FAC_WAT_SOUR

Minimum checks: 1

 67. ¿De dónde sacan el agua para esta instalación de salud? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE)

- ☐ Agua entubada
- ☐ Pozo publico
- ☐ Pozo protegido dentro de la instalación
- ☐ Pozo no protegido
- ☐ Bomba manual
- ☐ Agua embotellada
- ☐ Camión cisterna o pipa
- ☐ Agua de lluvia
- ☐ Río
- ☐ Otras
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: INTER_ACCES

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	

0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



68. ¿Tiene esta instalación conexión a internet?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DEVICE_OWN
Minimum checks: 1



69. ¿Tiene esta unidad de salud alguna de los siguientes equipos?

(LEA LAS OPCIONES)

- ☐ Computadora
- ☐ Tableta
- ☐ Teléfono inteligente
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DEVICE_ACCESS
Minimum checks: 1

Show if: (DEVICE_OWN is-any-of)



70. ¿Esta unidad de salud tiene acceso a cualquiera de los siguientes?

(LEA LAS OPCIONES)

- ☐ Computadora
- ☐ Tableta
- ☐ Teléfono inteligente
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DEVICE_FUNC
Minimum checks: 1

Show if: (DEVICE_OWN is-any-of) or (DEVICE_ACCESS is-any-of)



71. ¿Funciona cualquiera de los siguientes equipos?

(LEA LAS OPCIONES)

- ☐ Computadora
- ☐ Tableta
- ☐ Teléfono inteligente
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Collection: MEETINGS

Contains: MET_ROU, MET_ROU_OFTEN, KEEP_REC_ROU, REC_SUB_ROU, MET_MED, MET_MED_OFTEN, KEEP_REC_MED, REC_SUB_MED

Question: MET_ROU

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



72. En esta instalación de salud ¿se realizan reuniones internas de rutina para discutir los asuntos administrativos y de gestión de la instalación?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: MET_ROU_OFTEN

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mensualmente o más seguido	
2	Cada 2-3 meses	
3	Cada 4-6 meses	
4	Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses	
-1	No sabe	
-2	No contesta	




73. ¿Qué tan seguido se realizan esas reuniones internas para discutir los asuntos administrativos y de gestión?

- ☐ Mensualmente o más seguido
- ☐ Cada 2-3 meses
- ☐ Cada 4-6 meses
- ☐ Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: KEEP_REC_ROU**Required****Show if:** (MET_ROU = 1:[S])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	Sí, cuando es necesario	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 74. ¿Se guardan registros o actas de cada reunión de discusión de los asuntos administrativos?

- ☐ Sí
☐ Sí, cuando es necesario
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: REC_SUB_ROU**Required****Show if:** (KEEP_REC_ROU is-any-of 1:[Sí] or 2:[Sí, cuando es necesario])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No las presentan a ninguna autoridad	
1	Autoridades municipales	
2	Autoridades de salud	
995	Otras (especifique)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 75. ¿Ante qué autoridad o autoridades presentan ustedes los registros de cada reunión interna en la instalación de salud?

- ☐ No las presentan a ninguna autoridad
☐ Autoridades municipales
☐ Autoridades de salud
☐ Otras (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: MET_MED**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 76. En esta instalación de salud ¿se realizan reuniones internas de rutina para discutir temas médicos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: MET_MED_OFTEN**Required****Show if:** (MET_MED = 1:[S])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mensualmente o más seguido	
2	Cada 2-3 meses	
3	Cada 4-6 meses	
4	Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 77. ¿Qué tan seguido se realizan esas reuniones internas para discutir temas médicos?

- ☐ Mensualmente o más seguido
☐ Cada 2-3 meses
☐ Cada 4-6 meses
☐ Es irregular o bien se realizan menos de una vez cada 6 meses
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: KEEP_REC_MED**Required****Show if:** (MET_MED = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	Sí, cuando es necesario	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 78. ¿Se guardan registros o actas de cada reunión de discusión de temas médicos?

- ☐ Sí
☐ Sí, cuando es necesario
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: REC_SUB_MED**Required****Show if:** (KEEP_REC_MED is-any-of 1:[Sí] or 2:[Sí, cuando es necesario])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	No las presentan a ninguna autoridad	
1	Autoridades municipales	
2	Autoridades de salud	
995	Otras (especifique)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



79. ¿Ante qué autoridad o autoridades presentan ustedes los registros de las reuniones de discusión de temas médicos?

- ☐ No las presentan a ninguna autoridad
☐ Autoridades municipales
☐ Autoridades de salud
☐ Otras (especifique)
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: HOS_SER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	
-3	No aplica	



80. ¿Tiene esta instalación servicio de hospitalización?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta
☐ No aplica

Question: FOOD_PAT**Required****Show if:** (HOS_SER = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



81. Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos servicios adicionales que en esta instalación de salud son proporcionados a los pacientes y sus familiares.

¿Se les proporciona alimentos a los pacientes que son hospitalizados o internados aunque sea por algunas horas?

(SOLO APLICA A INSTALACIÓN MÉDICAS QUE CUENTAN CON HOSPITALIZACIÓN O SERVICIO DE URGENCIAS)

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: ACOM_PER_STAY**Required****Show if:** (HOS_SER = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



82. ¿Se les brindan facilidades a los familiares de los pacientes para que permanezcan junto a su enfermo o paciente?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: ACOM_PER_SER**Required****Show if:** (HOS_SER = 1:[Sí]) and (ACOM_PER_STAY = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Solo alimentos	
2	Lugar donde dormir	
3	Alimentos y lugar donde dormir	
995	Otro (ESPECIFIQUE)	
0	Ninguna	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



83. ¿Qué tipo de facilidades se les brindan a los familiares de los pacientes?

- ☐ Solo alimentos
☐ Lugar donde dormir
☐ Alimentos y lugar donde dormir
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
☐ Ninguna

- ☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: EDUCATION_TRAINING

Contains: TRA_FAC_NURSE, TRA_FAC_AUX, TRAIN_STUD, TYPE_TRAIN_STU, TRA_OTH_LOC, NEW_EQUIP, TRA_NEW_EQUIP, TRA_CULT, TRA_CULT_STFF, TRA_CULT_DEL, TRA_CULT_DEL_STFF

La Educación y Entrenamiento del Personal

Ahora le voy a preguntar sobre los entrenamientos que se imparten en esta instalación de salud para el personal de salud que labora aquí. Le voy a leer el nombre del entrenamiento y sus contenidos y usted me dirá si se ha impartido alguna vez, en los últimos 3 años o en los últimos 12 meses.

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO1

84. Educación continua o entrenamiento	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Número de veces que se ha impartido en un año	¿Quién impartió el entrenamiento?
Entrenamiento sobre inmunizaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manejo integrado de enfermedades del niño (IMCI/IEPI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cuidado del recién nacido (cuidado del cordón, control de temperatura, alimentación al seno materno, resucitación neonatal)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO2

85. Educación continua o entrenamiento	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Número de veces que se ha impartido en un año	¿Quién impartió el entrenamiento?
Planificación familiar: DIU e implantes, inserción y retiro, consejería general).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Atención prenatal y posnatal o puerperal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cuidado rutinario del trabajo de parto y parto vaginal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: TRA_FAC_INFO3

86. Educación continua o entrenamiento	¿Se ha impartido en los últimos 3 años?	¿Se ha impartido en los últimos 12 meses?	Número de veces que se ha impartido en un año	¿Quién impartió el entrenamiento?
Cuidados básicos en urgencias obstétricas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manejo de complicaciones maternas (asfixia, preeclampsia, eclampsia, sepsis).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manejo de complicaciones neonatales (prematurez, bajo peso al nacimiento, sepsis, asfixia).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Question Block: TRA_FAC_NURSE

Contains: TRA_FAC_NURSE_POST, TRA_FAC_NURSE_PRE, TRA_FAC_NURSE_FP, TRA_FAC_NURSE_NEQ

Required

Show if: (SERV_24_7_ENF_PR = 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número:	
-1	No sabe	
-2	Rechazó responder	

87. De las enfermeras que trabajan en esta instalación de salud, ¿cuántas han recibido entrenamiento sobre:

	Número:	No sabe	Rechazó responder
Atención postnatal o puerperal	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención prenatal	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Métodos de planificación familiar	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención neonatal	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: TRA_FAC_AUX

Contains: TRA_FAC_AUX_POST, TRA_FAC_AUX_PRE, TRA_FAC_AUX_FP, TRA_FAC_AUX_NEO

Required

Show if: (SERV_24_7_POLI_PR = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número:	
-1	No sabe	
-2	Rechazó responder	

91. De las **enfermeras auxiliares** que trabajan en esta instalación de salud, ¿cuántas han recibido entrenamiento sobre:

	Número:	No sabe	Rechazó responder
Atención postnatal o puerperal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención prenatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Métodos de planificación familiar	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención neonatal	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: TRAIN_STUD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

95. ¿Reciben a estudiantes u otro personal para entrenamiento en esta instalación?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TYPE_TRAIN_STU

Minimum checks: 1

Show if: (TRAIN_STUD = 1:[Sí])

96. ¿Quiénes vienen a entrenarse? (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- ☐ Estudiantes de pregrado
☐ Internos de pregrado
☐ Pasantes de servicio social
☐ Residentes de especialidad
☐ Estudiantes de enfermería
☐ Otro (especificar):
☐ No sabe
☐ No contesta
☐ No aplica

Question: TRA_OTH_LOC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

97. ¿El personal de esta unidad de salud asiste a capacitaciones en otros lugares?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: NEW_EQUIP

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

98. ¿Ha recibido esta unidad de salud equipo nuevo en los últimos 12 meses?


- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TRA_NEW_EQUIP

Required

Show if: (NEW_EQUIP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 99. ¿El personal que usará este equipo asiste a capacitaciones sobre cómo operarlo?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRA_CULT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 100. ¿Recibe el personal capacitación sobre asuntos relacionados con sensibilidad cultural?


Por ejemplo, cuenta con personal que hable la lengua local además de español, se permite que la mujer sea acompañada por familiares u otras personas durante el parto, se permite elegir la posición para tener el parto, se le permite a la mujer vestirse como desea o tomar líquidos durante el parto, se le permite caminar durante el trabajo de parto, se le entrega información en su lengua cuando no habla español o se le entrega la placenta si la solicita

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRA_CULT_STFF

Minimum checks: 1

Show if: (TRA_CULT = 1:[Sí])

 101. ¿Qué tipo de personal está capacitado en materia de sensibilidad cultural?


- ☐ médico
- ☐ médico especialista
- ☐ Enfermera profesional
- ☐ Recepcionistas y personal administrativo
- ☐ Enfermeras auxiliares
- ☐ Técnico de laboratorio
- ☐ Todo el personal
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRA_CULT_DEL

Required

Show if: (TRA_CULT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 102. ¿Recibe el personal capacitación en la provisión de servicios del parto culturalmente adaptados?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: TRA_CULT_DEL_STFF

Minimum checks: 1

Show if: (TRA_CULT_DEL = 1:[Sí])

 103. ¿Qué tipo de personal recibe capacitación sobre la provisión de servicios del parto culturalmente adaptados?

- ☐ médico
- ☐ médico especialista
- ☐ Enfermera profesional
- ☐ Recepcionistas y personal administrativo
- ☐ Enfermeras auxiliares
- ☐ Técnico de laboratorio
- ☐ Todo el personal
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Collection: FACILITY_SUPERVISION

Contains: FAC_SUPERVISED, FAC_SUPER_WHO, FAC_SUPER_NUM_VIS, FAC_EVAL_REP, FAC_EVAL_REP_SEE, HUM_RES_EVAL, HUM_RES_EVALYR, HUM_RES_EVALWHO

Visitas de supervisión

Question: FAC_SUPERVISED

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 104. ¿Alguna vez ha recibido una visita de supervisión en esta unidad de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe


☐ No contesta

Question: FAC_SUPER_WHO

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Administracion de la unidad de salud	
2	Jefe de la jurisdiccion	
3	Autoridad sanitaria municipal	
4	Autoridad sanitaria nacional	
7	Autoridad al nivel estatal	
5	Evaluador no gubernamental	
6	Evaluador externo	
995	Otra (especificar)	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 105. ¿Quién lleva a cabo esta visita de supervisión?


- ☐ Administracion de la unidad de salud
- ☐ Jefe de la jurisdiccion
- ☐ Autoridad sanitaria municipal
- ☐ Autoridad sanitaria nacional
- ☐ Autoridad al nivel estatal
- ☐ Evaluador no gubernamental
- ☐ Evaluador externo
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FAC_SUPER_NUM_VIS

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
0	0	
1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5	
6	6	
7	7	
8	8	
9	9	
10	10	
11	11	
12	12	
13	Más de 12	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 106. En los últimos 6 meses, ¿cuántas visitas de supervisión se realizaron en esta unidad de salud?


- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ 11
- ☐ 12
- ☐ Más de 12
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FAC_EVAL_REP

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 107. ¿Se guardan registros o actas de cada visita de supervisión?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FAC_EVAL_REP_SEE

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

108. ¿Podría usted por favor mostrarnos una copia del reporte, registro, o acta de la última visita de supervisión?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: HUM_RES_EVAL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

109. Desde 2012, ¿ha habido una evaluación formal de la capacidad de recursos humanos en esta unidad de salud?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: HUM_RES_EVALYR

Required

Show if: (HUM_RES_EVAL = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
7	2018	
1	2017	
2	2016	
3	2015	
4	2014	
5	2013	
6	2012	
0	No se realizó ninguna evaluación	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

110. ¿En qué año se llevó a cabo esta evaluación?

- ☐ 2018
☐ 2017
☐ 2016
☐ 2015
☐ 2014
☐ 2013
☐ 2012
☐ No se realizó ninguna evaluación
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: HUM_RES_EVALWHO

Required

Show if: (HUM_RES_EVAL = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Administracion de la unidad de salud	
2	Jefe de la jurisdiccion	
3	Autoridad sanitaria municipal	
4	Autoridad sanitaria nacional	
7	Autoridad al nivel estatal	
5	Evaluador no gubernamental	
6	Evaluador externo	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

111. ¿Quién llevó a cabo esta evaluación?

- ☐ Administracion de la unidad de salud
☐ Jefe de la jurisdiccion
☐ Autoridad sanitaria municipal
☐ Autoridad sanitaria nacional
☐ Autoridad al nivel estatal
☐ Evaluador no gubernamental
☐ Evaluador externo
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: ANTENATAL_CARE

Contains: ANC_PNC

Servicios de Atención Prenatal

Question: ANC_PNC

Required

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

-2 No contesta

112. ¿Esta instalación de salud ofrece servicios de atención prenatal?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Collection: DELIVERY_CARE

Contains: CAP_DEL_SER, DEL_ATTEN, NORM_DEL_SER, CULTURE_ROOM_AMB, CULTURE_ROOM_BS_COM, CULTURE_ADAPT, LANG, DEL_PRO, EMER_DEL, DEL_ACCOM, DEL_ACCOM_NAME, DEL_ACCOM_BIRTH, DEL_IP_CARE, DEL_IP_CARE_COSTS, TAMPONADE_USE_TRAIN, TAMPONADE_ASSEM_TRAIN, TAMPONADE_USE, TAMPONADE

Atención del parto y del recién nacido

Question: CAP_DEL_SER

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

113. Ahora quisiera preguntarle sobre los servicios de atención del parto y atención del recién nacido

¿Esta instalación de salud tiene la capacidad para atender partos eutócicos de manera rutinaria (no de urgencias)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DEL_ATTEN

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

114. ¿Atiende esta instalación partos eutócicos de manera rutinaria (no incluya nacimientos de urgencias)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: NORM_DEL_SER

Required

Show if: (DEL_ATTEN = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sólo en la instalación de salud	
2	Sólo en los hogares de las mujeres	
3	En la instalación de salud y en los hogares	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

115. ¿Se atienden nacimientos en la instalación de salud, en los hogares o en ambos?

- ☐ Sólo en la instalación de salud
- ☐ Sólo en los hogares de las mujeres
- ☐ En la instalación de salud y en los hogares
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: CULTURE_ROOM_AMB

Required

Show if: (FACILITY_TYPE = 1)

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

116. ¿Esta instalación de salud realiza acciones para adaptar los servicios a las condiciones socioculturales de las mujeres? Por ejemplo, la instalación cuenta con personal que hable la lengua local además de español, o se entrega a la mujer información en su lengua cuando no habla español

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: CULTURE_ROOM_BS_COM

Required

Show if: (FACILITY_TYPE >= 2)

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

117. ¿Esta instalación de salud realiza acciones para adaptar los servicios a las condiciones socioculturales de las mujeres? Por ejemplo, cuenta con personal que hable la lengua local además de español, se permite que la mujer sea acompañada por familiares u otras personas durante el parto, se permite elegir la posición para tener el parto, se le permite a la mujer vestirse como desea o tomar líquidos durante el parto, se le permite caminar durante el trabajo de parto, se le entrega información en su lengua cuando no habla español o se le entrega la placenta si la solicita

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CULTURE_ADAPT

Minimum checks: 1

Show if: (CULTURE_ROOM_AMB = 1:[Sí]) or (CULTURE_ROOM_BS_COM = 1:[Sí])

118. ¿Cuales de las siguientes actividades realiza esta unidad de salud?

- ☐ Cuenta con personal que hable la lengua local ademas de español
☐ Entrega a la mujer información en su lengua cuando no habla español
☐ Se permite que la mujer sea acompañada por familiares u otras personas durante el trabajo de parto
☐ Se permite que la mujer sea acompañada por familiares u otras personas durante el nacimiento
☐ Se le permite a la mujer vestirse como desea durante el trabajo de parto
☐ Se le permite a la mujer tomar líquidos durante el trabajo de parto
☐ Se le permite a la mujer caminar durante el trabajo de parto
☐ Se le entrega a la mujer la placenta si la solicita
☐ Se permite privacidad a la mujer durante el trabajo de parto
☐ Se permite privacidad a la mujer durante el nacimiento
☐ Se le explica a la mujer todos los procedimientos realizados por personal durante el trabajo de parto
☐ Se prohíbe que personal entre a la sala durante el trabajo de parto sin permiso de la mujer
☐ Otro (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: LANG

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número:	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No responde	

119. ¿Cuántos miembros del personal de salud de la instalación hablan alguna lengua indígena de la región?

- ☐ Número:
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No responde

Question Block: DEL_PRO

Contains: DEL_PRO_BED, DEL_PRO_CHAIR, DEL_PRO_STAND, DEL_PRO_KNEES, DEL_PRO_SQUAT, DEL_PRO_SIT, DEL_PRO_VERT

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

120. Durante el trabajo de parto se les permite a las mujeres:

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No	No sabe	No contesta
Parir en una cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir en una silla de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir de rodillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir en cuclillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parir sentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parto en una cama vertical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: EMER_DEL

Required

Show if: (FACILITY_TYPE = 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

127. Aunque esta instalación de salud no atiende partos de manera rutinaria, ¿atendió algún parto inminente en el último año?


- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: DEL_ACCOM

Required

Show if: (CAP_DEL_SER = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-if
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 128. ¿Alguna persona acompaña a la mujer a la atención de su parto en la instalación de salud?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: DEL_ACCOM_NAME

Minimum checks: 1

Show if: (DEL_ACCOM = 1:[Sí])

 129. ¿Quién acompaña a la mujer?

- ☐ Trabajadora comunitaria de salud
☐ Partera
☐ Acompañada por un familiar para apoyar/atender el nacimiento en la instalación de salud
☐ Otro (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: DEL_ACCOM_BIRTH

Minimum checks: 1

Show if: (DEL_ACCOM = 1:[Sí])


 130. ¿A quién se le permite estar presente durante el nacimiento?

- ☐ Brigadista de salud
☐ Partera
☐ Esposo
☐ Familiar
☐ Suegra
☐ Otro (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: DEL_IP_CARE

Minimum checks: 1

Show if: (DEL_ATTEN = 1:[Sí])


 131. ¿Qué servicios se proporciona a las mujeres que dan a luz en esta unidad de salud?

- ☐ Cama
☐ Manta y sábanas
☐ Comida
☐ Ducha
☐ Espacio de espera para la familia
☐ Apoyo para cuidado de otros hijos
☐ Ninguna de las anteriores
☐ Otra (especificar)
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: DEL_IP_CARE_COSTS

Minimum checks: 1

Show if: (DEL_IP_CARE is-any-of)

 132. ¿Por cuáles de estos servicios pagan pacientes?

- ☐ Cama
☐ Manta y sábanas
☐ Comida
☐ Ducha
☐ Espacio de espera para la familia
☐ Apoyo para cuidado de otros hijos
☐ Ninguna de las anteriores
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TAMPONADE_USE_TRAIN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-if
1	Sí	
0	No	

-1	No sabe	
-2	No contesta	



133. ¿El personal de salud de esta unidad ha recibido capacitación en el ultimo año de como utilizar el balón para el manejo de la hemorragia?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TAMPONADE_ASSEM_TRAIN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



134. ¿El personal de salud de esta unidad ha recibido capacitación en el ultimo año de como ensamblar el balón hidrostático?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TAMPONADE_USE

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



135. En esta unidad se utiliza el taponamiento con balón uterino para el manejo de una hemorragia obstétrica?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: TAMPONADE

Contains: TAMPONADE_USUAL, TAMPONADE_KIT, TAMPONADE_TYPE

Show if: (TAMPONADE_USE = 1:[Sí])

Question: TAMPONADE_USUAL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Bakri	
2	Rusch	
3	Ebb (Belfort-Dildy)	
4	Tubo Sengstaken-Blakemore	
5	Balón basado en condón	
6	Catéter Foley solo	
995	Otro (especificar)	
0	Ninguna de estos	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



136. Que tipo de balón utiliza con mayor frecuencia?

- ☐ Bakri
☐ Rusch
☐ Ebb (Belfort-Dildy)
☐ Tubo Sengstaken-Blakemore
☐ Balón basado en condón
☐ Catéter Foley solo
☐ Otro (especificar)
☐ Ninguna de estos
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TAMPONADE_KIT

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



137. ¿Esta unidad de salud actualmente tiene un kit de dispositivo de taponamiento uterino?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: TAMPONADE_TYPE

Required

Show if: (TAMPONADE_KIT = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Empaquetado comercialmente	
2	Preparado con materiales disponibles por el personal en esta unidad de salud	

-1	No sabe	
-2	No contesta	

138. ¿El kit fue montado comercialmente y empacado, o preparado con materiales disponibles por el personal en esta unidad de salud?

- ☐ Empaquetado comercialmente
☐ Preparado con materiales disponibles por el personal en esta unidad de salud
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: POSTNATAL_CARE

Contains: POST_FIL

Atención postnatal o puerperal

Question: POST_FIL

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No responde	

139. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención posnatal o puerperal que se ofrecen en esta instalación de salud ¿Brinda esta instalación servicios de atención postnatal inmediata (dentro de 48 horas)?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No responde

Collection: CHILD_HEALTH_SERVICES1

Contains: CHLDSERV

Servicios de salud infantil

Question: CHLDSERV

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

140. Ahora me gustaría preguntarle sobre los servicios de atención a la salud infantil que se ofrecen en esta instalación de salud.

¿Esta instalación de salud ofrece atención para niños menores de 5 años de edad, ya sea en la clínica, en la comunidad o en la escuela?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: VACCINE_LOGISTICS

Contains: CHLD_VAC, CHLD_VAC_STORAGE, CHLD_VAC_QUANT, VACCA_SUP_TM2, VACC_SHRT, VACC_ORD4, VAC_FRIDGE, VACC_CARR2, VACC_CARR3

Logística de vacunación

Question: CHLD_VAC

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

141. ¿Esta instalación de salud proporciona servicios de vacunación para niños menores de 5 años de edad?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CHLD_VAC_STORAGE

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, almacena vacunas	
2	No, se recogen de otra instalación de salud	
3	No, se las envían cuando se proporcionan los servicios	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

142. ¿Esta instalación almacena rutinariamente alguna vacuna, o se recogen todas sus vacunas de otro establecimiento o se las envían cuando se están proporcionando los servicios?


[Almacenar vacunas durante 1 ó 2 días solamente para su uso inmediato no se considera como almacenamiento de vacunas]

- ☐ Sí, almacena vacunas
☐ No, se recogen de otra instalación de salud
☐ No, se las envían cuando se proporcionan los servicios
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CHLD_VAC_QUANT

Required**Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La instalación de salud determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.	
2	En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.	
3	Ambas, a veces se determina la cantidad en la instalación de salud y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 143. ¿Esta instalación de salud determina la cantidad que necesita de cada vacuna y la pide, o la cantidad de vacuna que reciben es determinada en otra parte?

- ☐ La instalación de salud determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.
☐ En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.
☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la instalación de salud y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
☐ No sabe
☐ No contesta


Question: VACCA_SUP_TM2**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas]) and (CHLD_VAC_QUANT is-any-of 1:[La instalación de salud determina qué cantidad de vacuna necesita y la pide.] or 2:[En otro lugar se determina la cantidad de vacunas que se les envían.] or 3:[Ambas, a veces se determina la cantidad en la instalación de salud y a veces les envían la cantidad de vacunas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días	
2	Número de semanas	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 144. ¿En promedio, cuánto tardan en recibir su pedido de vacunas después de que las han solicitado?

- ☐ Número de días
☐ Número de semanas
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: VACC_SHRT**Minimum checks:** 1**Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])


 145. Si hay escasez de alguna vacuna en particular en el tiempo entre dos pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan en esta instalación de salud para obtenerla?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
☐ La instalación de salud la compra
☐ El paciente la compra por fuera
☐ Esta instalación de salud la pide prestada a otra instalación de salud
☐ No hacen nada, no hay nada qué hacer
☐ Otro (especifique):
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: VACC_ORD4**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Siempre	
2	Casi siempre	
0	Casi nunca	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 146. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de vacunas que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
☐ Casi siempre
☐ Casi nunca
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: VAC_FRIDGE**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí]) and (CHLD_VAC_STORAGE = 1:[Sí, almacena vacunas])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 147. ¿Cuántos refrigeradores tienen para guardar vacunas?

- ☐ Número
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: VACC_CARR2**Required****Show if:** (CHLD_VAC = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Uno	
2	Dos o más	
0	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 148. En esta instalación de salud, ¿cuántos termos frios de transporte de vacunas tiene disponibles?


- ☐ Uno
☐ Dos o más
☐ Ninguno
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: VACC_CARR3

Required

Show if: (VACC_CARR2 is-any-of 1:[Uno] or 2:[Dos o más]) and (CHLD_VAC = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, un juego	
2	Sí, dos o más juegos	
3	Sí, 2 o 3 por caja	
4	No, se usa hielo comprado	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 149. ¿Hay pads frios (paquetes de hielo) (o ice packs) para los termos de transporte de vacunas (cuatro o cinco por caja)?

- ☐ Sí, un juego
☐ Sí, dos o más juegos
☐ Sí, 2 o 3 por caja
☐ No, se usa hielo comprado
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: FAMILY_PLANNING1


Contains: FP_AV, FP_FAC_COUN, FP_GRP_COUN, FP_ADOL_FEMALE, FP_ADOL_MALE, FP_IUD_INSERT_DOC, FP_IUD_INSERT_NRS, FP_IMP_INSERT_DOC, FP_IMP_INSERT_NRS, FP_TYPE1, FP_NAT_COUN, FP_CONDOM_COUN, FP_BEFORE_METHOD, FP_VOLUN_STER_FEMALE, FP_VOLUN_STER_MALE, FP_CNLSL, FP_ERCONTRA, FP_PREG_TEST

Servicios de planificación familiar

Question: FP_AV

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 150. Ahora quisiera preguntarle sobre los servicios de planificación familiar.

¿Esta instalación de salud ofrece servicios de planificación familiar, incluyendo anticonceptivos o asesoramiento sobre métodos naturales de planificación familiar?


- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_FAC_COUN

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 151. ¿Esta instalación de salud ofrece consejería individual a cada mujer o pareja sobre planificación familiar?


- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_GRP_COUN

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sí])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 152. ¿Esta instalación de salud ofrece consejería grupal a mujeres o parejas sobre planificación familiar?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_ADOL_FEMALE

Minimum checks: 1
Show if: (FP_AV = 1:[Sí])

 153. ¿Cuáles de los siguientes son necesarios para dar anticonceptivos a las mujeres adolescentes?


(LEA LAS OPCIONES)

- ☐ Prescripción
- ☐ Pago de su bolsillo
- ☐ Consentimiento escrito de los padres
- ☐ Presencia de los padres
- ☐ Sesión de consejería
- ☐ Otra (específica)
- ☐ Ninguna
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_ADOL_MALE

Minimum checks: 1

Show if: (FP_AV = 1:[Sí])

 154. ¿Cuáles de los siguientes son necesarios para dar anticonceptivos a los varones adolescentes?

(LEA LAS OPCIONES)

- ☐ Prescripción
- ☐ Pago de su bolsillo
- ☐ Consentimiento escrito de los padres
- ☐ Presencia de los padres
- ☐ Sesión de consejería
- ☐ Otra (especificar)
- ☐ Ninguna
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_IUD_INSERT_DOC

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 155. ¿Cuenta esta unidad con médico entrenado para colocar dispositivos intrauterinos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_IUD_INSERT_NRS

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 156. ¿Cuenta esta unidad con enfermera entrenada para colocar dispositivos intrauterinos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_IMP_INSERT_DOC

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 157. ¿Cuenta esta unidad con médico entrenado para colocar implantes anticonceptivos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_IMP_INSERT_NRS

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

158. ¿Cuenta esta unidad con enfermera entrenada para colocar implantes anticonceptivos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question Block: FP_TYPE1

Contains: FP_TYPE_ORAL, FP_TYPE_PROG, FP_TYPE_COMBINJ, FP_TYPE_PROGINJ, FP_TYPE_MCOND, FP_TYPE_FCOND, FP_TYPE_IUD, FP_TYPE_IMPL, FP_TYPE_SPERM, FP_TYPE_DIAPH, FP_TYPE_EMERCONTRA, FP_TYPE_VASEC, FP_TYPE_TUBAL, FP_TYPE_OTHER

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sij])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se da asesoramiento y se ofrece el método	
2	Se da asesoramiento pero no se ofrece el método (no cuentan con él)	
3	No se da asesoramiento, pero sí se ofrece el método	
0	No se da asesoramiento ni se ofrece el método	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

159. ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos se proporcionan o recetan, o sobre cuál o cuáles se proporciona consejería en esta instalación?

Píldora anticonceptiva oral combinada	-- Seleccione uno --
Píldora sólo de progestina	-- Seleccione uno --
Inyectable combinado (con estrógenos) (1 por mes)	-- Seleccione uno --
Inyectable sólo de progestina (2 ó 3 por mes) (por ej., Depo o Microgynon)	-- Seleccione uno --
Parche anticonceptivo	-- Seleccione uno --
Preservativo femenino	-- Seleccione uno --
Dispositivo intrauterino	-- Seleccione uno --
Implante (6 varillas, 1 varilla, Implanon, Jadelle, Norplant)	-- Seleccione uno --
Espermicidas	-- Seleccione uno --
Diafragma	-- Seleccione uno --
Píldora anticonceptiva de emergencia	-- Seleccione uno --
Esterilización masculina / vasectomía	-- Seleccione uno --
Esterilización femenina/ligadura de trompas	-- Seleccione uno --
Otros	-- Seleccione uno --

Question: FP_NAT_COUN

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sij])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

173. ¿Proporcionan consejería sobre métodos de planificación familiar naturales (ritmo por ejemplo)?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_CONDOM_COUN

Required

Show if: (FP_AV = 1:[Sij])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se ofrecen	
2	Se recomiendan pero no se ofrecen	
3	Se distribuyen, aunque no como un método de planificación familiar	
0	No se recomiendan ni se ofrecen	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

174. ¿Se ofrecen o se recomiendan condones masculinos, ya sea que se consideren o no como un método de planificación familiar?

- ☐ Se ofrecen
☐ Se recomiendan pero no se ofrecen
☐ Se distribuyen, aunque no como un método de planificación familiar
☐ No se recomiendan ni se ofrecen
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: FP_BEFORE_METHOD**Minimum checks:** 1**Show if:** (FP_AV = 1:[SI])

175. Este establecimiento de salud exige que las mujeres tomen una prueba de embarazo antes de recibir los siguientes método de planificación familiar?

- ☐ Nunca exige prueba de embarazo
- ☐ Si, antes de colocar dispositivos intrauterinos
- ☐ Si, antes de colocar implantes anticonceptivos
- ☐ Si, antes de proporcionar otros métodos de planificación familiar
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_VOLUN_STER_FEMALE**Required****Show if:** (FP_AV = 1:[SI]) and (FACILITY_TYPE >= 2)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

176. ¿Cuenta esta instalación con medico entrenado para realizar ligadura de trompas voluntaria?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_VOLUN_STER_MALE**Required****Show if:** (FP_AV = 1:[SI]) and (FACILITY_TYPE >= 2)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

177. ¿Cuenta esta instalación con medico entrenado para realizar esterilización vasectomía?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_CNSL**Required****Show if:** (FP_AV = 1:[SI])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

178. En esta instalación de salud ¿La consejería sobre planificación familiar es parte de un programa permanente? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_ERCONTRA**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, se receta y se proporciona	
2	Se receta, pero no se proporciona	
0	No se receta ni se proporciona	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

179. ¿Proporciona esta instalación anticoncepción de emergencia a mujeres que solicitan servicios para prevenir el embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección?

- ☐ Si, se receta y se proporciona
- ☐ Se receta, pero no se proporciona
- ☐ No se receta ni se proporciona
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FP_PREG_TEST**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

180. En esta instalación de salud, ¿se ofrecen pruebas de embarazo?

- ☐ Si
- ☐ No

- ☐ No sabe
☐ No contesta


Collection: CONTRACEPTIVE_SUPPLIES
Contains: CONTRA_SUPPLIES, COL_CONTRACEPTIVES

Suministro de anticonceptivos

Question: CONTRA_SUPPLIES

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí almacena métodos anticonceptivos	
2	No, los traen de otra instalación cuando van a ser aplicados	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 181. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca del abasto de métodos anticonceptivos. ¿Esta instalación almacena rutinariamente métodos anticonceptivos, o los recoge de alguna otra instalación u oficina cuando van a ser proporcionados?

[Mantener los anticonceptivos 1 ó 2 días para uso inmediato no se considera como almacenamiento de métodos anticonceptivos.]


- ☐ Sí almacena métodos anticonceptivos
☐ No, los traen de otra instalación cuando van a ser aplicados
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: COL_CONTRACEPTIVES
Contains: CONTRA_SUP_QNT1, CONTRA_SUP_TM2, CONTRA_SHRT, CONTRA_ORD_RCV
Show if: (CONTRA_SUPPLIES = 1:[Sí almacena métodos anticonceptivos])

Question: CONTRA_SUP_QNT1

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La instalación de salud determina qué cantidad de anticonceptivos necesita y la pide.	
2	En otro lugar se determina la cantidad de anticonceptivos que se les envían.	
3	Ambas, a veces se determina la cantidad en la instalación de salud y a veces les envían la cantidad de anticonceptivos de acuerdo con lo que se establece en otra parte.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 182. ¿Esta instalación de salud determina la cantidad que necesita de métodos anticonceptivos y los pide, o la cantidad de anticonceptivos que reciben es determinada en otra parte?

- ☐ La instalación de salud determina qué cantidad de anticonceptivos necesita y la pide.
☐ En otro lugar se determina la cantidad de anticonceptivos que se les envían.
☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la instalación de salud y a veces les envían la cantidad de anticonceptivos de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CONTRA_SUP_TM2

Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días	
2	Número de semanas	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 183. ¿En promedio, como cuánto tardan en recibir su pedido de métodos anticonceptivos después de que los han solicitado? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Número de días
☐ Número de semanas
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CONTRA_SHRT

Minimum checks: 1

 184. Si hay escasez de algún método anticonceptivo en específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan en esta instalación de salud para conseguirlo?


(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
☐ La instalación de salud la compra
☐ El paciente la compra por fuera
☐ Se pide prestada a otra instalación de salud
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CONTRA_ORD_RCV

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Siempre	
2	Casi siempre	
0	Casi nunca	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 185. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de métodos anticonceptivos que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
☐ Casi siempre
☐ Casi nunca

- ☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: MEDICINE_SUPPLIES**Contains:** PHAR_TYPE, MED_SUP_QNT1, MED_SUP_TM2, MED_SHRT, MED_ORD_RCV**Abasto de medicamentos****Question:** PHAR_TYPE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La farmacia es privada	
2	La farmacia es de gobierno	
995	Otra (especifique):	
0	No cuentan con farmacia	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



186. Ahora me gustaría preguntarle acerca del sistema que tiene esta instalación de salud para abastecerse de medicinas.

¿Qué tipo de farmacia tienen en esta instalación de salud? (LEA LAS OPCIONES Y ELIJA UNA OPCIÓN)

- ☐ La farmacia es privada
☐ La farmacia es de gobierno
☐ Otra (especifique):
☐ No cuentan con farmacia
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: MED_SUP_QNT1**Required****Show if:** (PHAR_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (especifique):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	La instalación de salud determina qué cantidad de medicamentos necesita y las pide.	
2	En otro lugar se determina la cantidad de medicamentos que se les envían.	
3	Ambas, a veces se determina la cantidad en la instalación de salud y a veces les envían la cantidad de medicinas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



187. ¿Esta instalación de salud determina la cantidad de cada medicamento que necesita y las pide, o la cantidad que recibe de cada medicamento es determinada en otra parte?

- ☐ La instalación de salud determina qué cantidad de medicamentos necesita y las pide.
☐ En otro lugar se determina la cantidad de medicamentos que se les envían.
☐ Ambas, a veces se determina la cantidad en la instalación de salud y a veces les envían la cantidad de medicinas de acuerdo con lo que se establece en otra parte.
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: MED_SUP_TM2**Required****Show if:** (PHAR_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (especifique):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días	
2	Número de semanas	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



188. ¿En promedio, como cuánto tardan en recibir su pedido de medicamentos después de que los han solicitado?

- ☐ Número de días
☐ Número de semanas
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: MED_SHRT**Minimum checks:** 1**Show if:** (PHAR_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (especifique):])

189. Si hay escasez de algún medicamento específico entre los pedidos de rutina, ¿Cuál es el procedimiento que más comúnmente utilizan para conseguirlo?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se hace un pedido especial
☐ La instalación de salud la compra
☐ El paciente la compra por fuera
☐ Esta instalación de salud la pide prestada a otra instalación de salud
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: MED_ORD_RCV**Required****Show if:** (PHAR_TYPE is-any-of 1:[La farmacia es privada] or 2:[La farmacia es de gobierno] or 995:[Otra (especifique):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Siempre	
2	Casi siempre	
0	Casi nunca	
3	Nunca	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



190. Durante los últimos 6 meses, ¿ha recibido usted la cantidad de medicamentos que pidió (o que se supone que habitualmente debe recibir) siempre, casi

siempre, o casi nunca?

- ☐ Siempre
☐ Casi siempre
☐ Casi nunca
☐ Nunca
☐ No sabe
☐ No contesta

Collection: INCENTIVES
Contains: INC_HF, COL_INCENTIVES

Incentivos para el personal de salud

Question: INC_HF

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No responde	



191. Ahora me gustaría preguntarle acerca de los bonos (como pagos adicionales, o servicios adicionales) que se proporcionan al personal de esta instalación de salud, para que se incremente la utilización de los servicios de salud.

¿Esta instalación de salud proporciona ese tipo de bono (pagos adicionales o servicios adicionales) para el personal médico que labora aquí?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No responde

Collection: COL_INCENTIVES
Contains: INC_FACILITIES, OBS_FACILITIES, REG_FACILITIES, INC_PERS_RESP, INC_AGR_LOCAL, INC_COP_AGR_LOCAL
Show if: (INC_HF = 1:[SI])

Question Block: INC_FACILITIES

Contains: INC_WOM_PRE, INC_WOM_FAC, INC_WOM_POST, INC_WOM_CHILD, INC_PROM_PRE, INC_PROM_FAC, INC_PROM_POST, INC_PROM_CHILD, INC_MID_PRE, INC_MID_FAC, INC_MID_POST, INC_MID_CHILD, INC_COM_PRE, INC_COM_FAC, INC_COM_POST, INC_COM_CHILD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Dinero en efectivo	
2	Vales	
0	No proporciona incentivos	
995	Otro (especifique):	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



192. ¿Qué tipo de los siguientes bonos o apoyos adicionales proporciona esta instalación de salud para:

	Dinero en efectivo	Vales	No proporciona incentivos	Otro (especifique):	No sabe	No contesta
Para mujeres por ir a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres para atender el nacimiento en instalaciones de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres por ir a atención postnatal o puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en instalaciones de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud por llevar a mujeres a atención postnatal o puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para parteras por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para parteras para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en instalaciones de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para parteras por llevar a mujeres a atención postnatal o puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para parteras por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en instalaciones de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios por llevar a mujeres a atención postnatal o puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: OBS_FACILITIES

Contains: OBS_PROM, OBS_AINC, OBS_PAISSN, OBS_WOM_PRE, OBS_WOM_FAC, OBS_WOM_POST, OBS_WOM_CHILD, OBS_PROM_PRE, OBS_PROM_FAC, OBS_PROM_POST, OBS_PROM_CHILD, OBS_MID_PRE, OBS_MID_FAC, OBS_MID_POST, OBS_MID_CHILD, OBS_COM_PRE, OBS_COM_FAC, OBS_COM_POST, OBS_COM_CHILD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro	
-2	Rechazó mostrarlo	

208. ¿Podría ver los documentos regulatorios para la distribución de los siguientes bonos?

Para promotores de salud	-- Seleccione uno --
Para el monitoreo del AINC	-- Seleccione uno --
Para el monitoreo del PAISS+N	-- Seleccione uno --
Para mujeres por ir a atención prenatal	-- Seleccione uno --
Para mujeres para atender el nacimiento en instalaciones de salud	-- Seleccione uno --
Para mujeres por ir a atención postnatal o puerperal	-- Seleccione uno --
Para mujeres por llevar a los niños a atención	-- Seleccione uno --
Para promotores de salud por llevar a embarazadas a atención prenatal	-- Seleccione uno --
Para promotores de salud para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en instalaciones de salud	-- Seleccione uno --
Para promotores de salud por llevar a mujeres a atención postnatal o puerperal	-- Seleccione uno --
Para promotores de salud por llevar a los niños a atención	-- Seleccione uno --
Para parteras por llevar a embarazadas a atención prenatal	-- Seleccione uno --
Para parteras para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en instalaciones de salud	-- Seleccione uno --
Para parteras por llevar a mujeres a atención postnatal o puerperal	-- Seleccione uno --
Para parteras por llevar a los niños a atención	-- Seleccione uno --
Para comités comunitarios por llevar a embarazadas a atención prenatal	-- Seleccione uno --
Para comités comunitarios para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en instalaciones de salud	-- Seleccione uno --
Para comités comunitarios por llevar a mujeres a atención postnatal o puerperal	-- Seleccione uno --
Para comités comunitarios por llevar a los niños a atención	-- Seleccione uno --

Question Block: REG_FACILITIES

Contains: REG_WOM_PRE, REG_WOM_FAC, REG_WOM_POST, REG_WOM_CHILD, REG_PROM_PRE, REG_PROM_FAC, REG_PROM_POST, REG_PROM_CHILD, REG_MID_PRE, REG_MID_FAC, REG_MID_POST, REG_MID_CHILD, REG_COM_PRE, REG_COM_FAC, REG_COM_POST, REG_COM_CHILD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	
995	Otro (especifique):	
-2	No contesta	


227. Pida ver el registro de la información de cada uno de los apartados siguientes y anote la respuesta correspondiente:

	Observado	No observado	Otro (especifique):	No contesta
Para mujeres que reciben el apoyo por ir a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres que reciben el apoyo para atender el nacimiento en instalaciones de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres que reciben el apoyo por ir a atención postnatal o puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para mujeres que reciben el apoyo por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud que reciben el apoyo por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud que reciben el apoyo para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en instalaciones de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud que reciben el apoyo por llevar a mujeres a atención postnatal o puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para promotores de salud que reciben el apoyo por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para parteras que reciben el apoyo por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para parteras que reciben el apoyo para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en instalaciones de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
Para parteras que reciben el apoyo por llevar a mujeres a atención postnatal o puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>

Para parteras que reciben el apoyo por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios que reciben el apoyo por llevar a embarazadas a atención prenatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios que reciben el apoyo para llevar a embarazadas a atender el nacimiento en instalaciones de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios que reciben el apoyo por llevar a mujeres a atención postnatal o puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para comités comunitarios que reciben el apoyo por llevar a los niños a atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question: INC_PERS_RESP**Required**

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


 243. Verifique en el registro si hay una persona responsable de la entrega de bono

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

Question: INC_AGR_LOCAL**Required**

Show if: (REG_WOM_PRE = 0:[No observado]) or (REG_WOM_FAC = 0:[No observado]) or (REG_WOM_POST = 0:[No observado]) or (REG_WOM_CHILD = 0:[No observado]) or (REG_PROM_PRE = 0:[No observado]) or (REG_PROM_FAC = 0:[No observado]) or (REG_PROM_POST = 0:[No observado]) or (REG_PROM_CHILD = 0:[No observado]) or (REG_MID_PRE = 0:[No observado]) or (REG_MID_FAC = 0:[No observado]) or (REG_MID_POST = 0:[No observado]) or (REG_MID_CHILD = 0:[No observado]) or (REG_COM_FAC = 0:[No observado]) or (REG_COM_POST = 0:[No observado]) or (REG_COM_CHILD = 0:[No observado])


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

 244. ¿Hay un acuerdo entre esta instalación de salud y las comunidades del área en relación con estos bonos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

Question: INC_COP_AGR_LOCAL**Required****Show if:** (INC_AGR_LOCAL = 1:[Sí])

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

 245. ¿Podría ver copia de este acuerdo?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Collection: INFECTION_CONTROL**Contains:** INFCTRL_GUID, AVAI_INCIN, SHARP_DIS, BAN_DIS, BIOHAZ_DIS_OF, COM_INCIN, FRE_DIS_COL**Control de Infecciones**

Ahora me gustaría preguntarle acerca del control de infecciones en esta instalación de salud.

Question: INFCTRL_GUID**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 246. ¿Existe en la instalación de salud algún manual sobre cómo descontaminar equipos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: AVAI_INCIN**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 247. ¿Cuenta esta instalación de salud con incinerador?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

☐ No contesta

Question: SHARP_DIS

Minimum checks: 1


 248. En esta instalación de salud, ¿Cuál es el procedimiento que utilizan para desechar las cajas con agujas y otros objetos punzantes?

(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se queman en un incinerador
- ☐ Se queman a cielo abierto
- ☐ Las tiran sin quemar
- ☐ Las desechan fuera de las instalaciones
- ☐ Nunca tienen desechos de agujas o de objetos punzantes
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: BAN_DIS

Minimum checks: 1

 249. En esta instalación de salud ¿Cómo se desechan los productos biológicos de riesgo como vendas y gasas?


(ANOTE LAS RESPUESTAS QUE LE INDIQUEN)

- ☐ Se queman en un incinerador
- ☐ Se queman a cielo abierto
- ☐ Las tiran sin quemar
- ☐ Las desechan fuera de las instalaciones
- ☐ Nunca tienen desechos de productos biológicos de riesgo como vendas y gasas
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta
- ☐ No aplica

Question: BIOHAZ_DIS_OF

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días en una semana:	
995	Otro (especifique):	
-1	No sabe	
-2	No contesta	
-3	No aplica	

 250. En esta instalación de salud ¿Qué tan seguido se desechan los productos biológicos de riesgo?


- ☐ Número de días en una semana:
- ☐ Otro (especifique):
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta
- ☐ No aplica

Question: COM_INCIN

Required

Show if: (AVAI_INCIN ≠ 1:[S])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, nombre de la instalación:	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 251. ¿Esta instalación de salud tiene un contrato con otra instalación de salud o compañía para desechar los productos biológicos de riesgo?


- ☐ Sí, nombre de la instalación:
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: FRE_DIS_COL

Required

Show if: (COM_INCIN = 1:[Sí, nombre de la instalación:])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número de días en una semana:	
2	Número de días en un mes:	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 252. ¿Qué tan seguido los desechos biológicos de riesgo son recogidos o enviados a esa otra instalación de salud o compañía?

- ☐ Número de días en una semana:
- ☐ Número de días en un mes:
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Collection: DATA_EVAL

Contains: PER_REP, REP_SEE, DATA_HIS, DATA_ETAB, DATA_ANALYZE, DATA_QUAL, DATA_QUAL_INSTR, DATA_QUAL_INSTR_SEE, DATA_QUAL_OFTEN, DATA_QUAL_REP, DATA_QUAL_REP_SEE, ACTION_PLAN, ACTION_PLAN_SEE, CH_24_LIST, CH_24_LIST_FULL, AINC_LIST, AINC_LIST_WT, CH_24_LIST_AMB_BAS, AINC_TABLE_FOLLOWUP, SERVICE_UTIL

Información de registros o reportes

Ahora quisiéramos preguntarle sobre algunos datos sobre la atención médica prestada en esta instalación. Le pediríamos recolectar esta información y podemos volver con usted una vez que la tenga disponible. Con esto llegaríamos al final de la entrevista, y le pediríamos autorización para avanzar en el siguiente componente de esta visita, que es una observación de las áreas físicas de esta instalación

Question: PER_REP
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



253. En esta instalación de salud, ¿se prepara algún reporte para evaluar su propio desempeño, que no sean los informes que se dan al sistema de información?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: REP_SEE
Required

Show if: (PER_REP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, lo entrega.	
2	No desea enseñarlo	
3	No lo tiene o no lo encuentra	



254. ¿Podría usted por favor mostrarnos una copia del último reporte de evaluación de su propio desempeño?

- ☐ Sí, lo entrega.
- ☐ No desea enseñarlo
- ☐ No lo tiene o no lo encuentra

Question: DATA_HIS
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



255. ¿Este unidad de salud captura datos para el sistema de información de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DATA_ETAB
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



256. ¿Esta unidad de salud tiene acceso mediante un tablero electrónico a los datos que reportan en el sistema de información? Es decir, a una herramienta informática que les permite visualizar los resultados de distintos indicadores.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DATA_ANALYZE
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



257. En esta unidad de salud ¿se analizan los datos de la atención otorgada a los pacientes?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta

Question: DATA_QUAL
Required

Show if: (DATA_ANALYZE = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	




258. En esta unidad de salud ¿se utilizan los datos que recolectan para realizar acciones de mejora de la calidad?

- ☐ Sí

- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta


Question: DATA_QUAL_INSTR
Required
Show if: (DATA_QUAL = 1:[SÍ])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

-  259. ¿Existe un instrumento, lista de cotejo, o encuesta disponible para monitorear los indicadores de mejoramiento de la calidad en esta unidad de salud?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta


Question: DATA_QUAL_INSTR_SEE
Required
Show if: (DATA_QUAL_INSTR = 1:[SÍ])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

-  260. Si es así, ¿podemos verlo?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta


Question: DATA_QUAL_OFTEN
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Numero de veces	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

-  261. En el último año, ¿cuántas reuniones de mejora de la calidad se han realizado?
- ☐ Numero de veces
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta


Question: DATA_QUAL_REP
Required
Show if: (DATA_QUAL_OFTEN.TEXT > 0)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

-  262. ¿Se guardan registros o actas de cada reunión de mejora de la calidad?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe
- ☐ No contesta


Question: DATA_QUAL_REP_SEE
Required
Show if: (DATA_QUAL_REP = 1:[SÍ])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, lo entrega.	
2	No desea enseñarlo	
3	No lo tiene o no lo encuentra	

-  263. ¿Podría usted por favor mostrarnos una copia del reporte, registro, o acta de la última reunión de mejora de la calidad?
- ☐ Sí, lo entrega.
- ☐ No desea enseñarlo
- ☐ No lo tiene o no lo encuentra

Question: ACTION_PLAN
Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

-  264. ¿Hay un plan de acción en esta unidad de salud? (Los planes de acción se crean después de cada reunión de mejora de la calidad. Con base en el análisis de los datos, el plan de acción se crea para responder a cualquier problema identificado)
- ☐ Sí
- ☐ No

- ☐ No sabe
☐ No contesta

Question: ACTION_PLAN_SEE
Required
Show if: (ACTION_PLAN = 1:[Si])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 265. Si es así, ¿podemos verlo?

- ☐ Si
☐ No
☐ No sabe
☐ No contesta

Question: CH_24_LIST
Required


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

 266. Por favor, solicite ver el censo nominal de AIN-C de 2018

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: CH_24_LIST_FULL
Required
Show if: (CH_24_LIST = 1:[Observado])


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

 267. Cuente el número de niños de 0 a 24 meses en el último censo nominal de AIN-C de 2018

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: AINC_LIST
Required


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

 268. Por favor, solicite ver el formulario de monitoreo mensual de niños menores de 24 meses o fotocopia del cuaderno listado de niños de 0 a 24 meses del mes previo a la medición (AIN-C).

- ☐ Observado
☐ No observado


Question: AINC_LIST_WT
Required
Show if: (AINC_LIST = 1:[Observado])

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











 269. Cuente el número de niños de 0 a 24 meses **con peso registrado** en el mes previo (Abril) observado en el formulario de monitoreo mensual o fotocopia del cuaderno listado










- ☐ Observado (numero con peso registrado)
☐ No observado

Question: CH_24_LIST_AMB_BAS
Minimum checks: 1
Show if: (FACILITY_TYPE = 2)

 270. Por favor, solicite ver el formulario de monitoreo mensual de niños menores de 24 meses (AIN-C) del mes previo a esta medicion (Abril) de los sub centros ambulatorios que dependen de esta instalación.

SELECCIONE TODOS OBSERVADOS EN ESTA INSTALACION

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	



☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 
☐ 1. Otro (especificar):
☐ 2. Otro (especificar):
☐ 3. Otro (especificar):
☐ 4. Otro (especificar):
☐ 5. Otro (especificar):
☐ 6. Otro (especificar):
☐ 7. Otro (especificar):
☐ 8. Otro (especificar):
☐ 9. Otro (especificar):
☐ 10. Otro (especificar):
☐ Ninguno de estos formularios se guarden en esta instalación

Collection: AINC_TABLE_FOLLOWUP



Contains: Show if: (CH_24_LIST_AMB_BAS is-any-of)

Por favor, cuente las siguientes datos de cada formulario de AIN-C observado



Custom Layout Question: AIN_C_1

 271. numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)** numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**




Custom Layout Question: AIN_C_2

 272. numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)** numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**




Custom Layout Question: AIN_C_3

 273. numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)** numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**




Custom Layout Question: AIN_C_4

 274. numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)** numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**




Custom Layout Question: AIN_C_5

 275. numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)** numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**




Custom Layout Question: AIN_C_6

 276. numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)** numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**


Custom Layout Question: AIN_C_7

 277. numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)** numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**


Custom Layout Question: AIN_C_8

 278. numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)** numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**


Custom Layout Question: AIN_C_9

279.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_10

280.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_11

281.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_12

282.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_13

283.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_14

284.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_15

285.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_16

286.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_17

287.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_18

288.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_19

289.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_20

290.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**

numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**

Custom Layout Question: AIN_C_21

291.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_22

292.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_23

293.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_24

294.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_25

295.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
1. Otro (especificar):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_26

296.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
2. Otro (especificar):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_27

297.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
3. Otro (especificar):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_28

298.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
4. Otro (especificar):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_29

299.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
5. Otro (especificar):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_30

300.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
6. Otro (especificar):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_31

301.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
7. Otro (especificar):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_32

302.	numero de niños de 0 a 24 meses en el primero trimestre de 2018 (enero-abril)	numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en el mes previo
8. Otro (especificar):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Custom Layout Question: AIN_C_33



303.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**9. Otro
(especificar):**Custom Layout Question:** AIN_C_34

304.

numero de niños de 0 a 24 meses en **el primero trimestre de 2018 (enero-abril)**numero de niños de 0 a 24 meses con peso registrado en **el mes previo**10. Otro
(especificar):**Collection:** SERVICE_UTIL**Contains:** SERV_UTIL_PRENATAL, SERV_UTIL_TOTDEL, SERV_UTIL_CSEC, SERV_UTIL_BABY, SERV_UTIL_CHILD, SERV_UTIL_PNEU, SERV_UTIL_MATDEATH, SERV_UTIL_NEODEATH, CATCHMENT_AREA**Question Block:** SERV_UTIL_PRENATAL**Contains:** PRENATAL_2017, PRENATAL_2016, PRENATAL_2015, PRENATAL_2014, PRENATAL_2013, PRENATAL_2012**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



305. ¿Cuántas mujeres embarazadas se vieron para la atención prenatal en esta unidad de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_TOTDEL**Contains:** TOTDEL_2017, TOTDEL_2016, TOTDEL_2015, TOTDEL_2014, TOTDEL_2013, TOTDEL_2012**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	



311. ¿Cuántos nacimientos tuvo esta unidad de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_CSEC**Contains:** CSEC_2017, CSEC_2016, CSEC_2015, CSEC_2014, CSEC_2013, CSEC_2012**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	




317. ¿Cuántas cesáreas tuvo esta unidad de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<input type="text"/>			
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_BABY**Contains:** BABY_2017, BABY_2016, BABY_2015, BABY_2014, BABY_2013, BABY_2012**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 323. ¿Cuántas mujeres visitaron esta unidad para atención del recién nacido?

	Número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_CHILD**Contains:** CHILD_2017, CHILD_2016, CHILD_2015, CHILD_2014, CHILD_2013, CHILD_2012**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 329. ¿Cuántos niños de 6 a 23 meses se vieron en esta unidad de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_PNEU**Contains:** PNEU_2017, PNEU_2016, PNEU_2015, PNEU_2014, PNEU_2013, PNEU_2012**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	


 335. ¿Cuántas niños de 0 a 59 meses fueron diagnosticados con neumonía en esta unidad de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question Block: SERV_UTIL_MATDEATH**Contains:** MATDEATH_2017, MATDEATH_2016, MATDEATH_2015, MATDEATH_2014, MATDEATH_2013, MATDEATH_2012**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	

-1 No sabe
-2 No contesta

 341. ¿Cuántas muertes maternas tuvo esta unidad de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Question Block: SERV_UTIL_NEODEATH

Contains: NEODEATH_2017, NEODEATH_2016, NEODEATH_2015, NEODEATH_2014, NEODEATH_2013, NEODEATH_2012

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	número	
2	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 347. ¿Cuántas muertes neonatales tuvo esta unidad de salud?

	número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Question Block: CATCHMENT_AREA

Contains: CATCHMENT_2017, CATCHMENT_2016, CATCHMENT_2015, CATCHMENT_2014, CATCHMENT_2013, CATCHMENT_2012

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
0	Número	
1	Ninguno	
-1	No sabe	
-2	No contesta	

 353. Tamaño de la zona de captación de esta unidad de salud

	Número	Ninguno	No sabe	No contesta
2017	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2016	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2015	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2014	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2013	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2012	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Collection: COMMUNITY_PLANS

Contains: CARTI_SUG, RIO_SIDRA, PRIMITIVA_LUNA, MULA_INAB, SAMBU, LAJAS_BLANCA

Collection: CARTI_SUG

Contains: DEL_SOLEDAD, DEL_SOLEDAD_OBS, DEL_SOLEDAD_FORM_SOLO, DEL_SOLEDAD_LEAD, DEL_SOLEDAD_MED, DEL_SOLEDAD_FORM, DEL_SOLEDAD_TRAN, SAN_SOLEDAD, SAN_SOLEDAD_OBS, SAN_SOLEDAD_LEAD, DEL_NARAN, DEL_NARAN_OBS, DEL_NARAN_FORM_SOLO, DEL_NARAN_LEAD, DEL_NARAN_MED, DEL_NARAN_FORM, DEL_NARAN_TRAN, SAN_NARAN, SAN_NARAN_OBS, SAN_NARAN_LEAD, DEL_MANDI, DEL_MANDI_OBS, DEL_MANDI_FORM_SOLO, DEL_MANDI_LEAD, DEL_MANDI_MED, DEL_MANDI_FORM, DEL_MANDI_TRAN, SAN_MANDI, SAN_MANDI_OBS, SAN_MANDI_LEAD, DEL_CANG, DEL_CANG_OBS, DEL_CANG_FORM_SOLO, DEL_CANG_LEAD, DEL_CANG_MED, DEL_CANG_FORM, DEL_CANG_TRAN, SAN_CANG, SAN_CANG_OBS, SAN_CANG_LEAD, DEL_ARR, DEL_ARR_OBS, DEL_ARR_FORM_SOLO, DEL_ARR_LEAD, DEL_ARR_MED, DEL_ARR_FORM, DEL_ARR_TRAN, SAN_ARR, SAN_ARR_OBS, SAN_ARR_LEAD, DEL_ACU, DEL_ACU_OBS, DEL_ACU_FORM_SOLO, DEL_ACU_LEAD, DEL_ACU_MED, DEL_ACU_FORM, DEL_ACU_TRAN, SAN_ACU, SAN_ACU_OBS, SAN_ACU_LEAD

Show if:

Plan comunitario de parto

Question: DEL_SOLEDAD

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 359. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Soledad Mandinga**.

¿Existe un Plan de Parto para **Soledad Mandinga** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: DEL_SOLEDAD_OBS

Required

Show if: (DEL_SOLEDAD = 1:[Sí])

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

 360. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Soledad Mandinga**?


- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_SOLEDAD_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_SOLEDAD_OBS = 0:[No observado])

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

 361. Si no le muestran el plan de parto con **Soledad Mandinga**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_SOLEDAD_LEAD

Required

Show if: (DEL_SOLEDAD_OBS = 1:[Observado])

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

 362. ¿El plan con **Soledad Mandinga** tiene la firma del líder comunitario?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_SOLEDAD_MED

Required

Show if: (DEL_SOLEDAD_OBS = 1:[Observado])

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

 363. ¿El plan con **Soledad Mandinga** tiene la firma de médico o enfermera?


- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_SOLEDAD_FORM

Required

Show if: (DEL_SOLEDAD_OBS = 1:[Observado])

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

 364. ¿El plan con **Soledad Mandinga** tiene el formato del plan de parto individual?


- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_SOLEDAD_TRAN

Required

Show if: (DEL_SOLEDAD_OBS = 1:[Observado])

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

 365. ¿El plan con **Soledad Mandinga** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?


- ☐ Observado
- ☐ No observado

Saneamiento comunitario

Question: SAN_SOLEDAD

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	


 366. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Soledad Mandinga** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: SAN_SOLEDAD_OBS

Required
Show if: (SAN_SOLEDAD = 1:[Sí])

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

 367. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Soledad Mandinga**?

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_SOLEDAD_LEAD

Required
Show if: (SAN_SOLEDAD_OBS = 1:[Observado])

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


 368. ¿El plan con **Soledad Mandinga** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
☐ No observado

Plan comunitario de parto

Question: DEL_NARAN

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 369. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Naranio Grande**.


¿Existe un Plan de Parto para **Naranio Grande** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
☐ No

Question: DEL_NARAN_OBS

Required
Show if: (DEL_NARAN = 1:[Sí])

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


 370. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Naranio Grande**?

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_NARAN_FORM_SOLO

Required
Show if: (DEL_NARAN_OBS = 0:[No observado])

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

 371. Si no le muestran el plan de parto con **Naranio Grande**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_NARAN_LEAD

Required
Show if: (DEL_NARAN_OBS = 1:[Observado])

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


 372. ¿El plan con **Naranio Grande** tiene la firma del líder comunitario?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_NARAN_MED

Required
Show if: (DEL_NARAN_OBS = 1:[Observado])

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

 373. ¿El plan con **Naranio Grande** tiene la firma de médico o enfermera?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_NARAN_FORM

Required
Show if: (DEL_NARAN_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	

0 No observado

374. ¿El plan con **Naranjo Grande** tiene el formato del plan de parto individual?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_NARAN_TRAN

Required

Show if: (DEL_NARAN_OBS = 1:[Observado])

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

375. ¿El plan con **Naranjo Grande** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: SAN_NARAN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

376. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Naranjo Grande** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
☐ No

Question: SAN_NARAN_OBS

Required

Show if: (SAN_NARAN = 1:[Sí])

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

377. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Naranjo Grande**?

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_NARAN_LEAD

Required

Show if: (SAN_NARAN_OBS = 1:[Observado])

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

378. ¿El plan con **Naranjo Grande** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
☐ No observado

Plan comunitario de parto

Question: DEL_MANDI

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

379. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Mandi Yala**.

¿Existe un Plan de Parto para **Mandi Yala** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
☐ No

Question: DEL_MANDI_OBS

Required

Show if: (DEL_MANDI = 1:[Sí])

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

380. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Mandi Yala**?

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_MANDI_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_MANDI_OBS = 0:[No observado])

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

381. Si no le muestran el plan de parto con **Mandi Yala**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.

- ☐ Observado


☐ No observado

Question: DEL_MANDI_LEAD

Required

Show if: (DEL_MANDI_OBS = 1:[Observado])

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

 382. ¿El plan con **Mandi Yala** tiene la firma del líder comunitario?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_MANDI_MED

Required

Show if: (DEL_MANDI_OBS = 1:[Observado])

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

 383. ¿El plan con **Mandi Yala** tiene la firma de médico o enfermera?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_MANDI_FORM

Required

Show if: (DEL_MANDI_OBS = 1:[Observado])

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

 384. ¿El plan con **Mandi Yala** tiene el formato del plan de parto individual?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_MANDI_TRAN

Required

Show if: (DEL_MANDI_OBS = 1:[Observado])

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

 385. ¿El plan con **Mandi Yala** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: SAN_MANDI

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 386. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Mandi Yala** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
☐ No

Question: SAN_MANDI_OBS

Required

Show if: (SAN_MANDI = 1:[Sí])

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

 387. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Mandi Yala**?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_MANDI_LEAD

Required

Show if: (SAN_MANDI_OBS = 1:[Observado])

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

 388. ¿El plan con **Mandi Yala** cuenta con formato de inspección?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CANG

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 389. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Cangandi**.

¿Existe un Plan de Parto para **Cangandi** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?


- ☐ Sí
☐ No

Question: DEL_CANG_OBS

Required

Show if: (DEL_CANG = 1:[Sí])

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

 390. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Cangandi**?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_CANG_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_CANG_OBS = 0:[No observado])

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

 391. Si no le muestran el plan de parto con **Cangandi**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CANG_LEAD

Required

Show if: (DEL_CANG_OBS = 1:[Observado])

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

 392. ¿El plan con **Cangandi** tiene la firma del líder comunitario?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CANG_MED

Required

Show if: (DEL_CANG_OBS = 1:[Observado])

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

 393. ¿El plan con **Cangandi** tiene la firma de médico o enfermera?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CANG_FORM

Required

Show if: (DEL_CANG_OBS = 1:[Observado])

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

 394. ¿El plan con **Cangandi** tiene el formato del plan de parto individual?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CANG_TRAN

Required

Show if: (DEL_CANG_OBS = 1:[Observado])

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


 395. ¿El plan con **Cangandi** tiene el nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: SAN_CANG

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	


 396. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Mandi Yala** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
☐ No

Question: SAN_CANG_OBS

Required
Show if: (SAN_CANG = 1:[Sí])

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

 397. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Cangandi**?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_CANG_LEAD

Required

Show if: (SAN_CANG_OBS = 1:[Observado])

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


 398. ¿El plan con **Cangandi** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ARR

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 399. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Arritupu**.

¿Existe un Plan de Parto para **Arritupu** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?


- ☐ Sí
☐ No

Question: DEL_ARR_OBS

Required

Show if: (DEL_ARR = 1:[Sí])

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

 400. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Arritupu**?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_ARR_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_ARR_OBS = 0:[No observado])

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

 401. Si no le muestran el plan de parto con **Arritupu**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ARR_LEAD

Required

Show if: (DEL_ARR_OBS = 1:[Observado])

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

 402. ¿El plan con **Arritupu** tiene la firma del líder comunitario?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ARR_MED

Required

Show if: (DEL_ARR_OBS = 1:[Observado])

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

 403. ¿El plan con **Arritupu** tiene la firma de médico o enfermera?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ARR_FORM

Required

Show if: (DEL_ARR_OBS = 1:[Observado])

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

 404. ¿El plan con **Ariritupu** tiene el formato del plan de parto individual?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ARR_TRAN

Required

Show if: (DEL_ARR_OBS = 1:[Observado])

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


 405. ¿El plan con **Ariritupu** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: SAN_ARR

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 406. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Ariritupu** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?


- ☐ Sí
☐ No

Question: SAN_ARR_OBS

Required

Show if: (SAN_ARR = 1:[Sí])

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

 407. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Ariritupu**?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_ARR_LEAD

Required

Show if: (SAN_ARR_OBS = 1:[Observado])

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


 408. ¿El plan con **Ariritupu** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ACU

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 409. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Acuatupu**.

¿Existe un Plan de Parto para **Acuatupu** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?


- ☐ Sí
☐ No

Question: DEL_ACU_OBS

Required

Show if: (DEL_ACU = 1:[Sí])

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

 410. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Acuatupu**?

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_ACU_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_ACU_OBS = 0:[No observado])

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

411. Si no le muestran el plan de parto con **Acuatupu**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.



- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_ACU_LEAD

Required

Show if: (DEL_ACU_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	



412. ¿El plan con **Acuatupu** tiene la firma del líder comunitario?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_ACU_MED

Required

Show if: (DEL_ACU_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	



413. ¿El plan con **Acuatupu** tiene la firma de médico o enfermera?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_ACU_FORM

Required

Show if: (DEL_ACU_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	



414. ¿El plan con **Acuatupu** tiene el formato del plan de parto individual?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_ACU_TRAN

Required

Show if: (DEL_ACU_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	



415. ¿El plan con **Acuatupu** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: SAN_ACU

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	



416. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Acuatupu** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: SAN_ACU_OBS

Required

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

Scale Summary

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



417. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Acuatupu**?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_ACU_LEAD

Required

Show if: (SAN_ACU_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	



418. ¿El plan con **Acuatupu** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Collection: RIO_SIDRA


Contains: DEL_ISLA, DEL_ISLA_OBS, DEL_ISLA_FORM_SOLO, DEL_ISLA_LEAD, DEL_ISLA_MED, DEL_ISLA_FORM, DEL_ISLA_TRAN, SAN_ISLA, SAN_ISLA_OBS, SAN_ISLA_LEAD, DEL_MIRIA, DEL_MIRIA_OBS, DEL_MIRIA_FORM_SOLO, DEL_MIRIA_LEAD, DEL_MIRIA_MED, DEL_MIRIA_FORM, DEL_MIRIA_TRAN, SAN_MIRIA, SAN_MIRIA_OBS, SAN_MIRIA_LEAD

Show if:

Question: DEL_ISLA

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 419. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Isla Maquina**.

¿Existe un Plan de Parto para **Isla Maquina** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: DEL_ISLA_OBS

Required

Show if: (DEL_ISLA = 1:[Sí])

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

 420. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Isla Maquina**?


- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_ISLA_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_ISLA_OBS = 0:[No observado])

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

 421. Si no le muestran el plan de parto con **Maquina**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.


- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_ISLA_LEAD

Required

Show if: (DEL_ISLA_OBS = 1:[Observado])

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

 422. ¿El plan con **Isla Maquina** tiene la firma del líder comunitario?


- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_ISLA_MED

Required

Show if: (DEL_ISLA_OBS = 1:[Observado])

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

 423. ¿El plan con **Isla Maquina** tiene la firma de médico o enfermera?


- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_ISLA_FORM

Required

Show if: (DEL_ISLA_OBS = 1:[Observado])

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

 424. ¿El plan con **Isla Maquina** tiene el formato del plan de parto individual?


- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_ISLA_TRAN

Required

Show if: (DEL_ISLA_OBS = 1:[Observado])

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

 425. ¿El plan con **Isla Maquina** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: SAN_ISLA

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

426. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Isla Maquina** en el área de trabajo o de influencia de esta



instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: SAN_ISLA_OBS**Required****Show if:** (SAN_ISLA = 1:[Sí])

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

427. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Isla Maquina**?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_ISLA_LEAD**Required****Show if:** (SAN_ISLA_OBS = 1:[Observado])

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

428. ¿El plan con **Isla Maquina** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_MIRIA**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

429. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Soledad Miria**.¿Existe un Plan de Parto para **Soledad Miria** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: DEL_MIRIA_OBS**Required****Show if:** (DEL_MIRIA = 1:[Sí])

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

430. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Soledad Miria**?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_MIRIA_FORM_SOLO**Required****Show if:** (DEL_MIRIA_OBS = 0:[No observado])

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

431. Si no le muestran el plan de parto con **Soledad Miria**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_MIRIA_LEAD**Required****Show if:** (DEL_MIRIA_OBS = 1:[Observado])

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

432. ¿El plan con **Soledad Miria** tiene la firma del líder comunitario?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_MIRIA_MED**Required****Show if:** (DEL_MIRIA_OBS = 1:[Observado])

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

433. ¿El plan con **Soledad Miria** tiene la firma de médico o enfermera?

- ☐ Observado
- ☐ No observado


Question: DEL_MIRIA_FORM

Required

Show if: (DEL_MIRIA_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 434. ¿El plan con **Soledad Miria** tiene el formato del plan de parto individual?

- ☐ Observado
- ☐ No observado


Question: DEL_MIRIA_TRAN

Required

Show if: (DEL_MIRIA_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 435. ¿El plan con **Soledad Miria** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?


- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: SAN_MIRIA

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 436. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Soledad Miria** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No


Question: SAN_MIRIA_OBS

Required

Show if: (SAN_MIRIA = 1:[Sí])

Scale Summary

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

 437. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Soledad Miria**?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_MIRIA_LEAD

Required

Show if: (SAN_MIRIA_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 438. ¿El plan con **Soledad Miria** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Collection: PRIMITIVA_LUNA

Contains: DEL_ARM, DEL_ARM_OBS, DEL_ARM_FORM_SOLO, DEL_ARM_LEAD, DEL_ARM_MED, DEL_ARM_FORM, DEL_ARM_TRAN, SAN_ARM, SAN_ARM_OBS, SAN_ARM_LEAD, DEL_ANA, DEL_ANA_OBS, DEL_ANA_FORM_SOLO, DEL_ANA_LEAD, DEL_ANA_MED, DEL_ANA_FORM, DEL_ANA_TRAN, SAN_ANA, SAN_ANA_OBS, SAN_ANA_LEAD


Show if: 

Question: DEL_ARM

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 439. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Armila**.

¿Existe un Plan de Parto para **Armila** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No


Question: DEL_ARM_OBS

Required

Show if: (DEL_ARM = 1:[Sí])

Scale Summary

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


 440. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Armila**?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_ARM_FORM_SOLO

Required
Show if: (DEL_ARM_OBS = 0:[No observado])

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


 441. Si no le muestran el plan de parto con **Armila**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ARM_LEAD

Required
Show if: (DEL_ARM_OBS = 1:[Observado])

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


 442. ¿El plan con **Armila** tiene la firma del líder comunitario?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ARM_MED

Required
Show if: (DEL_ARM_OBS = 1:[Observado])

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


 443. ¿El plan con **Armila** tiene la firma de médico o enfermera?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ARM_FORM

Required
Show if: (DEL_ARM_OBS = 1:[Observado])

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


 444. ¿El plan con **Armila** tiene el formato del plan de parto individual?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ARM_TRAN

Required
Show if: (DEL_ARM_OBS = 1:[Observado])

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


 445. ¿El plan con **Armila** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: SAN_ARM

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	


 446. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Armila** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
☐ No

Question: SAN_ARM_OBS

Required
Show if: (SAN_ARM = 1:[Sí])

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


 447. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Armila**?

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_ARM_LEAD

Required
Show if: (SAN_ARM_OBS = 1:[Observado])

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

 448. ¿El plan con **Armila** cuenta con formato de inspección?


- ☐ Observado

☐ No observado

Question: DEL_ANA

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 449. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Anachucuna**.

¿Existe un Plan de Parto para **Anachucuna** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?


- ☐ Sí
☐ No

Question: DEL_ANA_OBS

Required

Show if: (DEL_ANA = 1:[Sí])

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

 450. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Anachucuna**?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_ANA_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_ANA_OBS = 0:[No observado])

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

 451. Si no le muestran el plan de parto con **Anachucuna**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ANA_LEAD

Required

Show if: (DEL_ANA_OBS = 1:[Observado])

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

 452. ¿El plan con **Anachucuna** tiene la firma del líder comunitario?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ANA_MED

Required

Show if: (DEL_ANA_OBS = 1:[Observado])

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

 453. ¿El plan con **Anachucuna** tiene la firma de médico o enfermera?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ANA_FORM

Required

Show if: (DEL_ANA_OBS = 1:[Observado])

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

 454. ¿El plan con **Anachucuna** tiene el formato del plan de parto individual?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_ANA_TRAN

Required

Show if: (DEL_ANA_OBS = 1:[Observado])

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

 455. ¿El plan con **Anachucuna** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: SAN_ANA

Required


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	

2 No

-  456. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Anachucuna** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?
- ☐ Sí
- ☐ No


Question: SAN_ANA_OBS**Required****Show if:** (SAN_ANA = 1:[S])**Scale Summary**

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

-  457. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Anachucuna**?
- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo


Question: SAN_ANA_LEAD**Required****Show if:** (SAN_ANA_OBS = 1:[Observado])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

-  458. ¿El plan con **Anachucuna** cuenta con formato de inspección?
- ☐ Observado
- ☐ No observado


Collection: MULA_INAB**Contains:** DEL_CARR, DEL_CARR_OBS, DEL_CARR_FORM_SOLO, DEL_CARR_MED, DEL_CARR_FORM, DEL_CARR_TRAN, SAN_CARR, SAN_CARR_OBS, SAN_CARR_LEAD, DEL_NAV, DEL_NAV_OBS, DEL_NAV_FORM_SOLO, DEL_NAV_LEAD, DEL_NAV_MED, DEL_NAV_FORM, DEL_NAV_TRAN, SAN_NAV, SAN_NAV_OBS, SAN_NAV_LEAD**Show if:** [REDACTED]**Question:** DEL_CARR**Required****Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

-  459. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Carreto**.
- ¿Existe un Plan de Parto para **Carreto** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?
- ☐ Sí
- ☐ No


Question: DEL_CARR_OBS**Required****Show if:** (DEL_CARR = 1:[S])**Scale Summary**

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

-  460. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Carreto**?
- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo


Question: DEL_CARR_FORM_SOLO**Required****Show if:** (DEL_CARR_OBS = 0:[No observado])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

-  461. Si no le muestran el plan de parto con **Carreto**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.
- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_CARR_LEAD**Required****Show if:** (DEL_CARR_OBS = 1:[Observado])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

-  462. ¿El plan con **Carreto** tiene la firma del líder comunitario?
- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_CARR_MED**Required****Show if:** (DEL_CARR_OBS = 1:[Observado])**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Observado	

0 No observado

463. ¿El plan con **Carreto** tiene la firma de médico o enfermera?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CARR_FORM

Required

Show if: (DEL_CARR_OBS = 1:[Observado])

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

464. ¿El plan con **Carreto** tiene el formato del plan de parto individual?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CARR_TRAN

Required

Show if: (DEL_CARR_OBS = 1:[Observado])

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

465. ¿El plan con **Carreto** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: SAN_CARR

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

466. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Carreto** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
☐ No

Question: SAN_CARR_OBS

Required

Show if: (SAN_CARR = 1:[Sí])

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

467. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Carreto**?

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_CARR_LEAD

Required

Show if: (SAN_CARR_OBS = 1:[Observado])

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

468. ¿El plan con **Carreto** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_NAV

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

469. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Navagandi**.

¿Existe un Plan de Parto para **Navagandi** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?


- ☐ Sí
☐ No

Question: DEL_NAV_OBS

Required

Show if: (DEL_NAV = 1:[Sí])

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

 470. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Navagandi**?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_NAV_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_NAV_OBS = 0:[No observado])

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

 471. Si no le muestran el plan de parto con **Navagandi**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_NAV_LEAD

Required

Show if: (DEL_NAV_OBS = 1:[Observado])

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

 472. ¿El plan con **Navagandi** tiene la firma del líder comunitario?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_NAV_MED

Required

Show if: (DEL_NAV_OBS = 1:[Observado])

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

 473. ¿El plan con **Navagandi** tiene la firma de médico o enfermera?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_NAV_FORM

Required

Show if: (DEL_NAV_OBS = 1:[Observado])

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

 474. ¿El plan con **Navagandi** tiene el formato del plan de parto individual?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_NAV_TRAN

Required

Show if: (DEL_NAV_OBS = 1:[Observado])

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


 475. ¿El plan con **Navagandi** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: SAN_NAV

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 476. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Navagandi** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?


- ☐ Sí
☐ No

Question: SAN_NAV_OBS

Required

Show if: (SAN_NAV = 1:[Sí])

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

 477. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Navagandi**?

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo


Question: SAN_NAV_LEAD

Required

Show if: (SAN_NAV_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 478. ¿El plan con **Navaqandi** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Collection: SAMBU

Contains: DEL_SALT, DEL_SALT_OBS, DEL_SALT_FORM_SOLO, DEL_SALT_LEAD, DEL_SALT_MED, DEL_SALT_FORM, DEL_SALT_TRAN, SAN_SALT, SAN_SALT_OBS, SAN_SALT_LEAD, DEL_BAY, DEL_BAY_OBS, DEL_BAY_FORM_SOLO, DEL_BAY_LEAD, DEL_BAY_MED, DEL_BAY_FORM, DEL_BAY_TRAN, SAN_BAY, SAN_BAY_OBS, SAN_BAY_LEAD


Show if: 

Question: DEL_SALT

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 479. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **El Salto**.

¿Existe un Plan de Parto para **El Salto** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No


Question: DEL_SALT_OBS

Required

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

Scale Summary

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

 480. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **El Salto**?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo


Question: DEL_SALT_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_SALT_OBS = 0:[No observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 481. Si no le muestran el plan de parto con **El Salto**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_SALT_LEAD

Required

Show if: (DEL_SALT_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 482. ¿El plan con **El Salto** tiene la firma del líder comunitario?

- ☐ Observado
- ☐ No observado


Question: DEL_SALT_MED

Required

Show if: (DEL_SALT_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 483. ¿El plan con **El Salto** tiene la firma de médico o enfermera?

- ☐ Observado
- ☐ No observado


Question: DEL_SALT_FORM

Required

Show if: (DEL_SALT_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 484. ¿El plan con **El Salto** tiene el formato del plan de parto individual?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_SALT_TRAN

Required

Show if: (DEL_SALT_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	

0 No observado

485. ¿El plan con **El Salto** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: SAN_SALT
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

486. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **El Salto** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: SAN_SALT_OBS
Required

Show if: (SAN_SALT = 1:[Sí])

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

487. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **El Salto**?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_SALT_LEAD

Required

Show if: (SAN_SALT_OBS = 1:[Observado])

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

488. ¿El plan con **El Salto** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_BAY

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

489. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Bavamón**.

¿Existe un Plan de Parto para **Bavamón** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No

Question: DEL_BAY_OBS

Required

Show if: (DEL_BAY = 1:[Sí])

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

490. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Bavamón**?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_BAY_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_BAY_OBS = 0:[No observado])

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

491. Si no le muestran el plan de parto con **Bavamón**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.


- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_BAY_LEAD

Required

Show if: (DEL_BAY_OBS = 1:[Observado])

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

 492. ¿El plan con **Bayamón** tiene la firma del líder comunitario?

- ☐ Observado
☐ No observado


Question: DEL_BAY_MED

Required

Show if: (DEL_BAY_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 493. ¿El plan con **Bayamón** tiene la firma de médico o enfermera?

- ☐ Observado
☐ No observado


Question: DEL_BAY_FORM

Required

Show if: (DEL_BAY_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 494. ¿El plan con **Bayamón** tiene el formato del plan de parto individual?

- ☐ Observado
☐ No observado


Question: DEL_BAY_TRAN

Required

Show if: (DEL_BAY_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 495. ¿El plan con **Bayamón** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: SAN_BAY

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 496. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Bayamón** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
☐ No


Question: SAN_BAY_OBS

Required

Show if: (SAN_BAY = 1:[Sí])

Scale Summary

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

 497. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Bayamón**?

- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo


Question: SAN_BAY_LEAD

Required

Show if: (SAN_BAY_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Observado	
0	No observado	

 498. ¿El plan con **Bayamón** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
☐ No observado

Collection: LAJAS_BLANCA

Contains: DEL_SIN, DEL_SIN_OBS, DEL_SIN_FORM_SOLO, DEL_SIN_LEAD, DEL_SIN_MED, DEL_SIN_FORM, DEL_SIN_TRAN, SAN_SIN, SAN_SIN_OBS, SAN_SIN_LEAD, DEL_CAN, DEL_CAN_OBS, DEL_CAN_FORM_SOLO, DEL_CAN_LEAD, DEL_CAN_MED, DEL_CAN_FORM, DEL_CAN_TRAN, SAN_CAN, SAN_CAN_OBS, SAN_CAN_LEAD


Show if: 

Question: DEL_SIN

Required

Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 499. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Sinai**.

¿Existe un Plan de Parto para **Sinai** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí

☐ No

Question: DEL_SIN_OBS

Required

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

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



500. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Sinaí**?

- ☐ Observado
- ☐ No observado
- ☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_SIN_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_SIN_OBS = 0:[No observado])

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



501. Si no le muestran el plan de parto con **Sinaí**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_SIN_LEAD

Required

Show if: (DEL_SIN_OBS = 1:[Observado])

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



502. ¿El plan con **Sinaí** tiene la firma del líder comunitario?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_SIN_MED

Required

Show if: (DEL_SIN_OBS = 1:[Observado])

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



503. ¿El plan con **Sinaí** tiene la firma de médico o enfermera?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_SIN_FORM

Required

Show if: (DEL_SIN_OBS = 1:[Observado])

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



504. ¿El plan con **Sinaí** tiene el formato del plan de parto individual?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: DEL_SIN_TRAN

Required

Show if: (DEL_SIN_OBS = 1:[Observado])

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



505. ¿El plan con **Sinaí** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
- ☐ No observado

Question: SAN_SIN

Required

Show if: (DEL_SIN_OBS = 1:[Observado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	



506. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Sinaí** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No


Question: SAN_SIN_OBS

Required

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

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Observado	

0	No observado	
-2	Rechazó mostrarlo	

 507. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Sinaí**?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_SIN_LEAD

Required

Show if: (SAN_SIN_OBS = 1:[Observado])

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


 508. ¿El plan con **Sinaí** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CAN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 509. Ahora me gustaría preguntarle acerca de la forma en que la instalación de salud se relaciona con la comunidad de **Canaán**.

¿Existe un Plan de Parto para **Canaán** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?


- ☐ Sí
☐ No

Question: DEL_CAN_OBS

Required

Show if: (DEL_CAN = 1:[Sí])

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

 510. ¿Podría ver la copia de este Plan de Parto con **Canaán**?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: DEL_CAN_FORM_SOLO

Required

Show if: (DEL_CAN_OBS = 0:[No observado])

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

 511. Si no le muestran el plan de parto con **Canaán**, pida que le muestren el formato de plan de parto individual para esta comunidad.


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CAN_LEAD

Required

Show if: (DEL_CAN_OBS = 1:[Observado])

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

 512. ¿El plan con **Canaán** tiene la firma del líder comunitario?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CAN_MED

Required

Show if: (DEL_CAN_OBS = 1:[Observado])

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

 513. ¿El plan con **Canaán** tiene la firma de médico o enfermera?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CAN_FORM

Required

Show if: (DEL_CAN_OBS = 1:[Observado])

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

 514. ¿El plan con **Canaan** tiene el formato del plan de parto individual?


- ☐ Observado
☐ No observado

Question: DEL_CAN_TRAN

Required

Show if: (DEL_CAN_OBS = 1:[Observado])

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


 515. ¿El plan con **Canaan** tiene la nombre de instalación de salud para transporte?

- ☐ Observado
☐ No observado

Question: SAN_CAN

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	

 516. ¿Existe un plan para el saneamiento comunitario y la calidad del agua con la comunidad de **Canaan** en el área de trabajo o de influencia de esta instalación de salud?


- ☐ Sí
☐ No

Question: SAN_CAN_OBS

Required

Show if: (SAN_CAN = 1:[Sí])

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

 517. ¿Podría ver la copia de este plan del saneamiento comunitario y la calidad del agua con **Canaan**?


- ☐ Observado
☐ No observado
☐ Rechazó mostrarlo

Question: SAN_CAN_LEAD

Required


Show if: (SAN_CAN_OBS = 1:[Observado])

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

 518. ¿El plan con **Canaan** cuenta con formato de inspección?

- ☐ Observado
☐ No observado


Question: COMMENT_QUESTION

 519. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Question: COMMENT_NO_CONSENT

Required

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

 520. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Usted ha llegado al final de la encuesta.

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

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

Gracias por su tiempo el día de hoy.