



0%

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



### Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)

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

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



ID:

**Collection:** MEDICAL\_RECORD\_REVIEW  
**Contains:** MRR\_LOG\_IN, MRR\_GENERAL\_QUESTIONS, MRR\_ANC, MRR\_DELIVERY, MRR\_POSTPARTUM, MRR\_PPM\_AFTER7

#### Revisión del registro médico

**Collection:** MRR\_LOG\_IN  
**Contains:** MRR\_DATE, MRR\_INTERVW\_ID1, MRR\_INTERVW\_ID2, REG\_NAME, MRR\_FAC\_ID, OTHER\_CONE, FAC\_TYPE

**Question:** MRR\_DATE  
**Required**



1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

**Question:** MRR\_INTERVW\_ID1  
**Required**



2. Identificación 1 del entrevistador

**Question:** MRR\_INTERVW\_ID2



3. Identificación 2 del entrevistador

**Question:** REG\_NAME  
**Required**

##### Scale Summary

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



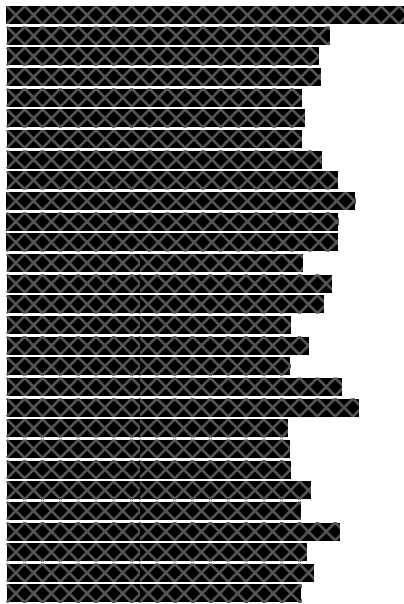
4. Región

- ☐ Kuna Yala  
☐ Darién/Comarca Emberá

**Question:** MRR\_FAC\_ID  
**Required**

##### Scale Summary

Code	Label	Show-If
1	[REDACTED]	
2	[REDACTED]	
3	[REDACTED]	
4	[REDACTED]	
5	[REDACTED]	
6	[REDACTED]	
7	[REDACTED]	
8	[REDACTED]	
9	[REDACTED]	
10	[REDACTED]	



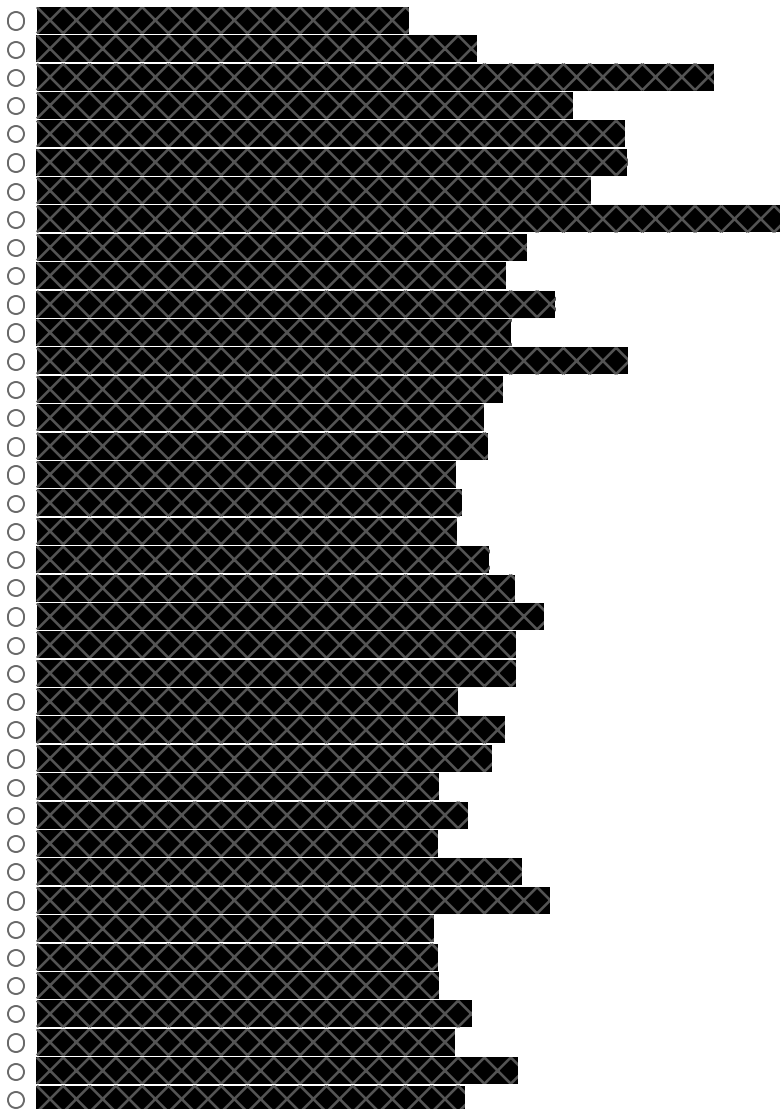
999 Otro, especificar



-1 No sabe

-2 Se negó a contestar



## 5. Identificación de la instalación de salud:



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


**Question:** OTHER\_CONE

**Required**

**Show if:** (MRR\_FAC\_ID = 999:[Otro, especificar])

**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Ambulatorio	
2	Básico	


-  6. 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	
5	Puesto de Salud (UBA)	Never Shown
6	Sub Centro de Salud (UBA)	Never Shown

-  7. Primero quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿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  
☐ Puesto de Salud (UBA)  
☐ Sub Centro de Salud (UBA)

**Collection:** MRR\_GENERAL\_QUESTIONS


**Contains:** MRR\_RECORDS, MRR\_MENS\_DATE, MRR\_SELECTION, MRR\_MAR\_STAT, MRR\_AGE, MRR\_LITERACY, MRR\_ETHNICITY, MRR\_AREA, MRR\_EDU

**Preguntas generales**

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

**Question:** MRR\_RECORDS

**Minimum checks:** 1

-  8. ¿Qué tipo de atención ha recibido / recibe la mujer en este establecimiento?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)


- ☐ Atención prenatal  
☐ Atención al nacimiento  
☐ Atención posparto o puerperal

**Question:** MRR\_MENS\_DATE

**Required**

**Scale Summary**

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

-  9. Fecha de última menstruación
- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_SELECTION

**Required**

**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Muestra predeterminada por IHME	Never Shown
2	Muestra electrónica en el establecimiento de salud	
3	Muestra por mano en el establecimiento de salud	
995	Otro:	

10. Método para elegir expediente:

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

**Question:** MRR\_MAR\_STAT

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Casada	
2	Unión libre / con pareja	
3	Soltera	
5	Divorciado	
6	Separado	
7	Viudo	
4	Otro (especificar):	
-1	No registrado	
-2	No hay ningún campo en el expediente para registrarlo	

11. Estado civil

- ☐ Casada  
☐ Unión libre / con pareja  
☐ Soltera  
☐ Divorciado  
☐ Separado  
☐ Viudo  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado  
☐ No hay ningún campo en el expediente para registrarlo

**Question:** MRR\_AGE

**Required**

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

12. Edad de mujer

- ☐ Edad:   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_LITERACY

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Alfabeta	
0	Analfabeta	
-1	No registrado	
-2	No hay ningún campo en el expediente para registrarlo	

13. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta  
☐ Analfabeta  
☐ No registrado  
☐ No hay ningún campo en el expediente para registrarlo

**Question:** MRR\_ETHNICITY

**Required**

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

14. Etnia:

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

**Question:** MRR\_AREA

**Required**

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



15. Área:

- ☐ Urbano  
☐ Rural  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_EDU**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria	
3	Secundaria	
4	Universidad	
-1	No registrado	
-2	No hay ningún campo en el expediente para registrarlo	



16. Educación

- ☐ Ninguna  
☐ Primaria  
☐ Secundaria  
☐ Universidad  
☐ No registrado  
☐ No hay ningún campo en el expediente para registrarlo

**Collection:** MRR\_ANC

**Contains:** MRR\_ANC\_DATE, MRR\_ANC\_TIME, TET\_VIGENTE, MRR\_ANC\_TET\_CHECKALL, MRR\_ANC\_TET, MRR\_ANC\_TET\_2, MRR\_ANC\_TDAP\_CHECKONE, MRR\_ANC\_TDAP, MRR\_ANC\_TDAP\_2, MRR\_ANC\_NUM, MRR\_ANC\_REFFROM, MRR\_ANC\_REF\_DATEFROM, MRR\_ANC\_REF\_TIMEFROM, WOM\_ANC\_REF\_GESTFROM, WOM\_ANC\_REF\_TYPEFROM, WOM\_ANC\_REF\_NAMEFROM, MRR\_VISIT\_1, MRR\_VISIT\_2, MRR\_VISIT\_3, MRR\_VISIT\_4, MRR\_VISIT\_5, MRR\_VISIT\_6, MRR\_VISIT\_7, MRR\_VISIT\_8, MRR\_VISIT\_9, MRR\_VISIT\_10, MRR\_VISIT\_11, MRR\_VISIT\_12, MRR\_VISIT\_13, MRR\_VISIT\_14, MRR\_VISIT\_15, WOM\_ANC\_SPECIAL\_EVER, WOM\_ANC\_SPECIAL\_TYPE, MRR\_ANC\_GRAPHIS, MRR\_ANC\_LAB\_TEST, MRR\_ANC\_RUBELLA, MRR\_ANC\_HYPERTENSION, MRR\_ANC\_DIABETES, MRR\_ANC\_HIST\_ABORT, MRR\_ANC\_HIST\_ECL, MRR\_ANC\_HIST\_MAL, MRR\_ANC\_REFTO, MRR\_ANC\_REF\_DATETO, MRR\_ANC\_REF\_TIMETO, MRR\_ANC\_REF\_NAMETO, MRR\_ANC\_REF\_TYPETO, MRR\_PRE\_OUT, MRR\_ANC\_DEL\_MODE, COMMENTS\_ANC

**Show if:** (MRR\_RECORDS is-any-of )

**Gestación Actual****Question:** MRR\_ANC\_DATE**Required**

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



17. Fecha de primera visita a atención prenatal

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

**Question:** MRR\_ANC\_TIME**Required**

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



18. Hora de primera visita a atención prenatal

- ☐ Hora  (HH:MM)  
☐ No registrado

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

Fecha de última menstruación:

Fecha de primera visita a atención prenatal:

**Jump-To:** GESTAGE\_JUMP**Description:****Jump-To-Item:** MRR\_GEN\_QUESTIONS**Jump-If:** (TM\_MRR\_GEST\_AGE < 0)**Question:** TET\_VIGENTE

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	

0	No	
-1	No registrado	

19. Antitetanica vigente:

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_TET\_CHECKALL  
**Minimum checks:** 1

20. Se administró vacuna antitetánica / toxoide tetánico diftérico (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES):

- ☐ 1.ra dosis  
☐ 2.a dosis  
☐ Ya estaba vacunada  
☐ Una dosis de refuerzo  
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_TET  
**Contains:** MRR\_ANC\_TET1

**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_TET\_CHECKALL is-any-of )

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha: DD/MM/AAA	
-1	No registrado	

21. Se administró vacuna antitetánico / toxoide tetánico:

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_TET\_2

**Contains:** MRR\_ANC\_TET\_\_

**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_TET\_CHECKALL is-any-of )

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha: DD/MM/AAA	
-1	No registrado	

22. Se administró vacuna antitetánico / toxoide tetánico:

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

**Question:** MRR\_ANC\_TDAP\_CHECKONE

**Minimum checks:** 1

23. Se administró toxoide diftérico acelular pertussis (Tdap) (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES):

- ☐ 1.ra dosis  
☐ 2.a dosis  
☐ Ya estaba vacunada  
☐ Una dosis de refuerzo  
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_TDAP

**Contains:** MRR\_ANC\_TDAP2

**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_TDAP\_CHECKONE is-any-of )

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha: DD/MM/AAA	
-1	No registrado	

24. Se administró toxoide diftérico acelular pertussis (Tdap):

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_TDAP\_2


**Contains:** MRR\_ANC\_TDAP\_\_

**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_TDAP\_CHECKONE is-any-of )

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha: DD/MM/AAA	
-1	No registrado	

Code	Label	Show-If
1	Fecha: DD/MM/AAA	
-1	No registrado	

 25. Se administró toxoide diftérico acelular pertussis (Tdap):

(SELECCIONE UNO POR FILA):


Fecha: DD/MM/AAA	No registrado
2.a dosis	<input type="radio"/> <input type="text"/> <input type="radio"/>

### Consultas de atención prenatal

**Question:** MRR\_ANC\_NUM

**Required**

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

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


- ☐ Número:   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_REFFROM

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC < 5)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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


- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** MRR\_ANC\_REF\_DATEFROM

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_REFFROM = 1:[Si])

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

 28. Fecha de referencia:


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

**Question:** MRR\_ANC\_REF\_TIMEFROM

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_REFFROM = 1:[Si])

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

 29. Hora de referencia:


- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

**Question:** WOM\_ANC\_REF\_GESTFROM

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_REFFROM = 1:[Si])

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

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

- ☐ Edad semanas   
☐ No registrado

**Question:** WOM\_ANC\_REF\_TYPEFROM

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_REFFROM = 1:[Si])

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	

-1 No registrado

31. Tipo de unidad de salud desde la cual fue referida la mujer:

- ☐ Puesto de Salud  
☐ Sub Centro de Salud  
☐ Centro de Salud con Cama  
☐ Equipo Itinerante  
☐ Hospital Rural  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

**Show if:** (MRR\_ANC\_REFFROM = 1:[Sí])

### Scale Summary

Code	Label
------	-------

Show-If

-2 Se negó a contestar

32. ¿Desde cual unidad fue la mujer referida?

- 
- | Responsibility      | Percentage |
|---------------------|------------|
| Current government  | 80%        |
| Previous government | 20%        |



**Collection:** MRR\_VISIT\_1  
**Contains:** MRR\_ANC\_SPE1, MRR\_ANC\_SPE1\_DOC, MRR\_ANC\_CON1\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON1  
**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM\_SPEC >= 1)

**Question:**  
**Required**

Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

### Questions Required


**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la primera visita	
0	Médico no dio la atención prenatal durante la primera visita	

http://localhost:13124/Previewer/Survey.aspx? x=375c54cd-9ebe-4a14-a9b1-69e406ec1ac... 8/24/2018

**Question:** MRR\_ANC\_CON1\_GESTAGE**Required**


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

 35. Edad gestacional durante la primera visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON1**Contains:** MRR\_ANC\_CON1\_WT, MRR\_ANC\_CON1\_BP, MRR\_ANC\_CON1\_FUND, MRR\_ANC\_CON1\_TEMP, MRR\_ANC\_CON1\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON1\_PULS, MRR\_ANC\_CON1\_HR, MRR\_ANC\_CON1\_RR, MRR\_ANC\_CON1\_REFL**Required**


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

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

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

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

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


**Custom Layout Question:** MRR\_ANC\_CON\_BABY1 45. 1.ra visita Fecha (DD/MM/AAAA)

Frecuencia cardiaca fetal

Movimiento fetal

**Collection:** MRR\_VISIT\_2**Contains:** MRR\_ANC\_SPE2, MRR\_ANC\_SPE2\_DOC, MRR\_ANC\_CON2\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON2, MRR\_ANC\_CON2\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 2)**Question:** MRR\_ANC\_SPE2**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 46. Registre quién dio la atención prenatal durante la segunda visita

- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera

- ☐ Trabajador comunitario de salud
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE2\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE2 ≠ 1:[Médico])

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



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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON2\_GESTAGE

**Required**

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



48. Edad gestacional durante la segunda visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON2

**Contains:** MRR\_ANC\_CON2\_WT, MRR\_ANC\_CON2\_BP, MRR\_ANC\_CON2\_FUND, MRR\_ANC\_CON2\_TEMP, MRR\_ANC\_CON2\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON2\_PULS, MRR\_ANC\_CON2\_HR, MRR\_ANC\_CON2\_RR, MRR\_ANC\_CON2\_REFL

**Required**

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



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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON2\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_2, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_2

**Required**

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



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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_3**Contains:** MRR\_ANC\_SPE3, MRR\_ANC\_SPE3\_DOC, MRR\_ANC\_CON3\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON3, MRR\_ANC\_CON3\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 3)**Question:** MRR\_ANC\_SPE3**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	



60. Registre quién dio la atención prenatal durante la tercera visita

- ☐ Médico  
☐ Médico pasante en servicio social  
☐ Enfermera  
☐ Enfermera pasante en servicio social  
☐ Partera  
☐ Trabajador comunitario de salud  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE3\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE3 ≠ 1:[Médico])

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



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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON3\_GESTAGE**Required**

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



62. Edad gestacional durante la tercera visita

- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON3**Contains:** MRR\_ANC\_CON3\_WT, MRR\_ANC\_CON3\_BP, MRR\_ANC\_CON3\_FUND, MRR\_ANC\_CON3\_TEMP, MRR\_ANC\_CON3\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON3\_PULS, MRR\_ANC\_CON3\_HR, MRR\_ANC\_CON3\_RR, MRR\_ANC\_CON3\_REFL**Required**

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



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

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


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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON3\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_3, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_3

**Required**

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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_4


**Contains:** MRR\_ANC\_SPE4, MRR\_ANC\_SPE4\_DOC, MRR\_ANC\_CON4\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON4, MRR\_ANC\_CON4\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 4)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE4

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 74. Registre quién dio la atención prenatal durante la cuarta visita


- ☐ Médico  
☐ Médico pasante en servicio social  
☐ Enfermera  
☐ Enfermera pasante en servicio social  
☐ Partera  
☐ Trabajador comunitario de salud  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE4\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE4 ≠ 1:[Médico])

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


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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON4\_GESTAGE

**Required**


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

 76. Edad gestacional durante la cuarta visita

- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON4**Contains:** MRR\_ANC\_CON4\_WT, MRR\_ANC\_CON4\_BP, MRR\_ANC\_CON4\_FUND, MRR\_ANC\_CON4\_TEMP, MRR\_ANC\_CON4\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON4\_PULS, MRR\_ANC\_CON4\_HR, MRR\_ANC\_CON4\_RR, MRR\_ANC\_CON4\_REFL**Required**


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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON4\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_4, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_4**Required**


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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_5**Contains:** MRR\_ANC\_SPE5, MRR\_ANC\_SPE5\_DOC, MRR\_ANC\_CON5\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON5, MRR\_ANC\_CON5\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 5)**Question:** MRR\_ANC\_SPE5**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 88. Registre quién dio la atención prenatal durante la quinta visita

- ☐ Médico  
☐ Médico pasante en servicio social  
☐ Enfermera  
☐ Enfermera pasante en servicio social  
☐ Partera  
☐ Trabajador comunitario de salud  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE5\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE5 ≠ 1:[Médico])

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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON5\_GESTAGE**Required**

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

90. Edad gestacional durante la quinta visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON5**Contains:** MRR\_ANC\_CON5\_WT, MRR\_ANC\_CON5\_BP, MRR\_ANC\_CON5\_FUND, MRR\_ANC\_CON5\_TEMP, MRR\_ANC\_CON5\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON5\_PULS, MRR\_ANC\_CON5\_HR, MRR\_ANC\_CON5\_RR, MRR\_ANC\_CON5\_REFL**Required**

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON5\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_5, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_5**Required**

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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_6**Contains:** MRR\_ANC\_SPE6, MRR\_ANC\_SPE6\_DOC, MRR\_ANC\_CON6\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON6, MRR\_ANC\_CON6\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 6)**Question:** MRR\_ANC\_SPE6**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

102. Registre quién dio la atención prenatal durante la sexta visita

- ☐ Médico  
☐ Médico pasante en servicio  
☐ Enfermera  
☐ Enfermera pasante en servicio social  
☐ Partera  
☐ Trabajador comunitario de salud  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE6\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE6 ≠ 1:[Médico])

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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON6\_GESTAGE

**Required**

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

104. Edad gestacional durante la sexta visita

- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON6

**Contains:** MRR\_ANC\_CON6\_WT, MRR\_ANC\_CON6\_BP, MRR\_ANC\_CON6\_FUND, MRR\_ANC\_CON6\_TEMP, MRR\_ANC\_CON6\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON6\_PULS, MRR\_ANC\_CON6\_HR, MRR\_ANC\_CON6\_RR, MRR\_ANC\_CON6\_REFL

**Required**

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

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

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



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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON6\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_6, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_6**Required**

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



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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_7**Contains:** MRR\_ANC\_SPE7, MRR\_ANC\_SPE7\_DOC, MRR\_ANC\_CON7\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON7, MRR\_ANC\_CON7\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 7)**Question:** MRR\_ANC\_SPE7**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	



116. Registre quién dio la atención prenatal durante la séptima visita

- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador comunitario de salud
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE7\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE7 ≠ 1:[Médico])

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



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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON7\_GESTAGE**Required**

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



118. Edad gestacional durante la séptima visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON7**Contains:** MRR\_ANC\_CON7\_WT, MRR\_ANC\_CON7\_BP, MRR\_ANC\_CON7\_FUND, MRR\_ANC\_CON7\_TEMP, MRR\_ANC\_CON7\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON7\_PULS, MRR\_ANC\_CON7\_HR, MRR\_ANC\_CON7\_RR, MRR\_ANC\_CON7\_REFL**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Registrado	
0	No registrado	

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON7\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_7, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_7

**Required**

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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_8

**Contains:** MRR\_ANC\_SPE8, MRR\_ANC\_SPE8\_DOC, MRR\_ANC\_CON8\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON8, MRR\_ANC\_CON8\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 8)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE8

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

130. Registre quién dio la atención prenatal durante la octava visita

- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador comunitario de salud
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE8\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE8 ≠ 1:[Médico])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico dio la atención prenatal durante la octava visita	

0 Médico no dio la atención prenatal durante la octava visita

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON8\_GESTAGE

**Required**

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

132. Edad gestacional durante la octava visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON8

**Contains:** MRR\_ANC\_CON8\_WT, MRR\_ANC\_CON8\_BP, MRR\_ANC\_CON8\_FUND, MRR\_ANC\_CON8\_TEMP, MRR\_ANC\_CON8\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON8\_PULS, MRR\_ANC\_CON8\_HR, MRR\_ANC\_CON8\_RR, MRR\_ANC\_CON8\_REFL

**Required**

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON8\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_8, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_8

**Required**

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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_9

**Contains:** MRR\_ANC\_SPE9, MRR\_ANC\_SPE9\_DOC, MRR\_ANC\_CON9\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON9, MRR\_ANC\_CON9\_BABY


**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 9)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE9

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	

4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 144. Registre quién dio la atención prenatal durante la novena visita


- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador comunitario de salud
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE9\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE9 ≠ 1:[Médico])

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


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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON9\_GESTAGE

**Required**

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

 146. Edad gestacional durante la novena visita


- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON9

**Contains:** MRR\_ANC\_CON9\_WT, MRR\_ANC\_CON9\_BP, MRR\_ANC\_CON9\_FUND, MRR\_ANC\_CON9\_TEMP, MRR\_ANC\_CON9\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON9\_PULS, MRR\_ANC\_CON9\_HR, MRR\_ANC\_CON9\_RR, MRR\_ANC\_CON9\_REFL

**Required**

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

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

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


**Question Block:** MRR\_ANC\_CON9\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_9, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_9

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

Code	Label	Show-If
1	Registrado	
0	No registrado	

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_10


**Contains:** MRR\_ANC\_SPE10, MRR\_ANC\_SPE10\_DOC, MRR\_ANC\_CON10\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON10, MRR\_ANC\_CON10\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 10)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE10

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
11	Médico pasante en servicio social	
2	Enfermera	
12	Enfermera pasante en servicio social	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

-  158. Registre quién dio la atención prenatal durante la décima visita


- ☐ Médico
- ☐ Médico pasante en servicio social
- ☐ Enfermera
- ☐ Enfermera pasante en servicio social
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador comunitario de salud
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE10\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE10 ≠ 1:[Médico])

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


-  159. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la décima visita.

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON10\_GESTAGE

**Required**

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

-  160. Edad gestacional durante la décima visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON10

**Contains:** MRR\_ANC\_CON10\_WT, MRR\_ANC\_CON10\_BP, MRR\_ANC\_CON10\_FUND, MRR\_ANC\_CON10\_TEMP, MRR\_ANC\_CON10\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON10\_PULS, MRR\_ANC\_CON10\_HR, MRR\_ANC\_CON10\_RR, MRR\_ANC\_CON10\_REFL

**Required**

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

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

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


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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON10\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_10, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_10

**Required**

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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_11


**Contains:** MRR\_ANC\_SPE11, MRR\_ANC\_SPE11\_DOC, MRR\_ANC\_CON11\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON11, MRR\_ANC\_CON11\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 11)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE11

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 172. Registre quién dio la atención prenatal durante la undécima visita


- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador comunitario de salud  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE11\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE11 ≠ 1:[Médico])

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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON11\_GESTAGE

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	

0 No registrado

174. Edad gestacional durante la undécima visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON11

**Contains:** MRR\_ANC\_CON11\_WT, MRR\_ANC\_CON11\_BP, MRR\_ANC\_CON11\_FUND, MRR\_ANC\_CON11\_TEMP, MRR\_ANC\_CON11\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON11\_PULS, MRR\_ANC\_CON11\_HR, MRR\_ANC\_CON11\_RR, MRR\_ANC\_CON11\_REFL

**Required**

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON11\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_11, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_11

**Required**

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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_12

**Contains:** MRR\_ANC\_SPE12, MRR\_ANC\_SPE12\_DOC, MRR\_ANC\_CON12\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON12, MRR\_ANC\_CON12\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 12)

**Question:** MRR\_ANC\_SPE12

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

186. Registre quién dio la atención prenatal durante la duodécima visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador comunitario de salud
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)


☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE12\_DOC

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_SPE12 # 1:[Médico])

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


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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON12\_GESTAGE

**Required**

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

 188. Edad gestacional durante la duodécima visita


- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON12

**Contains:** MRR\_ANC\_CON12\_WT, MRR\_ANC\_CON12\_BP, MRR\_ANC\_CON12\_FUND, MRR\_ANC\_CON12\_TEMP, MRR\_ANC\_CON12\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON12\_PULS, MRR\_ANC\_CON12\_HR, MRR\_ANC\_CON12\_RR, MRR\_ANC\_CON12\_REFL

**Required**

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

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


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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON12\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_12, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_12

**Required**

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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_13


**Contains:** MRR\_ANC\_SPE13, MRR\_ANC\_SPE13\_DOC, MRR\_ANC\_CON13\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON13, MRR\_ANC\_CON13\_BABY

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 13)



**Question:** MRR\_ANC\_SPE13**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

 200. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimotercera visita

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador comunitario de salud
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE13\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE13 ≠ 1:[Médico])


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

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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON13\_GESTAGE**Required**


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

 202. Edad gestacional durante la decimotercera visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON13**Contains:** MRR\_ANC\_CON13\_WT, MRR\_ANC\_CON13\_BP, MRR\_ANC\_CON13\_FUND, MRR\_ANC\_CON13\_TEMP, MRR\_ANC\_CON13\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON13\_PULS, MRR\_ANC\_CON13\_HR, MRR\_ANC\_CON13\_RR, MRR\_ANC\_CON13\_REFL**Required**


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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON13\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_13, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_13**Required**


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

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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_14**Contains:** MRR\_ANC\_SPE14, MRR\_ANC\_SPE14\_DOC, MRR\_ANC\_CON14\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON14, MRR\_ANC\_CON14\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 14)**Question:** MRR\_ANC\_SPE14**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	

-  214. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador comunitario de salud  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE14\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE14 ≠ 1:[Médico])


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

-  215. Usted ha indicado que un médico no asistió a esta visita. Por favor, revise todos los documentos para confirmar si un médico dio la atención prenatal durante la decimocuarta visita.

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON14\_GESTAGE**Required**


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

-  216. Edad gestacional durante la decimocuarta visita

- ☐ Semanas:   
☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON14**Contains:** MRR\_ANC\_CON14\_WT, MRR\_ANC\_CON14\_BP, MRR\_ANC\_CON14\_FUND, MRR\_ANC\_CON14\_TEMP, MRR\_ANC\_CON14\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON14\_PULS, MRR\_ANC\_CON14\_HR, MRR\_ANC\_CON14\_RR, MRR\_ANC\_CON14\_REFL**Required**

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

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON14\_BABY**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_14, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_14**Required**

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



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

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

**Collection:** MRR\_VISIT\_15**Contains:** MRR\_ANC\_SPE15, MRR\_ANC\_SPE15\_DOC, MRR\_ANC\_CON15\_GESTAGE, MRR\_ANC\_CON15, MRR\_ANC\_CON15\_BABY**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC >= 15)**Question:** MRR\_ANC\_SPE15**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador comunitario de salud	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar)	
-1	No registrado	



228. Registre quién dio la atención prenatal durante la decimoquinta visita

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador comunitario de salud  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar)   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_SPE15\_DOC**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_SPE15 ≠ 1:[Médico])

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



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

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

**Question:** MRR\_ANC\_CON15\_GESTAGE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Semanas:	

0	No registrado
---	---------------

230. Edad gestacional durante la decimoquinta visita

- ☐ Semanas:
- ☐ No registrado

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON15

**Contains:** MRR\_ANC\_CON15\_WT, MRR\_ANC\_CON15\_BP, MRR\_ANC\_CON15\_FUND, MRR\_ANC\_CON15\_TEMP, MRR\_ANC\_CON15\_EDEMA, MRR\_ANC\_CON15\_PULS, MRR\_ANC\_CON15\_HR, MRR\_ANC\_CON15\_RR, MRR\_ANC\_CON15\_REFL

**Required**

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_CON15\_BABY

**Contains:** MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FHR\_15, MRR\_ANC\_CON\_BABY\_FM\_15

**Required**

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

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

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

**Question:** WOM\_ANC\_SPECIAL\_EVER

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

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

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

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

**Question:** WOM\_ANC\_SPECIAL\_TYPE

**Minimum checks:** 1

**Show if:** (WOM\_ANC\_SPECIAL\_EVER is-any-of 1:[Sí, marcado por una notación "ME", "MB", "G-O", "MI", o "PED" en la firma] or 2:[Sí, marcado con un sello] or 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):]) and (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

243. ¿Que especialista revisó a la mujer?

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

Revise si se administraron los siguientes medicamentos

**Custom Layout Question:** MRR\_ANC\_ANTIOTICS

244. Administrado

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_GRAPH

**Contains:** MRR\_ANC\_WEIGHT\_GRAPH, MRR\_ANC\_HEIGHT\_GRAPH

**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

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

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

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

**Question Block:** MRR\_ANC\_LAB\_TEST

**Contains:** MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_BG, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_RH, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_URBLD, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_URACD, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_GLU, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_HIV, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_PLATE, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_VDRL, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_RPR, MRR\_ANC\_LAB\_TEST\_HB, MRR\_ANC\_LAB\_TEST URINE

**Required**

Show if: (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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





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

**Question:** MRR\_ANC\_RUBELLA**Required****Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)


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

 258. Se hizo prueba de anticuerpos para rubeola

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Custom Layout Question:** MRR\_ANC\_LAB\_RESULTS\_BG 259. Resultado Fecha (DD/MM/AAAA)Grupo sanguíneo.....  **Custom Layout Question:** MRR\_ANC\_LAB\_RESULTS\_RH 260. Resultado Fecha (DD/MM/AAAA)Factor RH.....  **Custom Layout Question:** MRR\_ANC\_LAB\_RESULTS\_GLU 261. Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)Glucosa en sangre.....   **Custom Layout Question:** MRR\_ANC\_LAB\_RESULTS\_VDRL 262. Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)Prueba de VDRL.....   **Custom Layout Question:** MRR\_ANC\_LAB\_RESULTS\_HIV 263. Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)Prueba de VIH.....   **Custom Layout Question:** MRR\_ANC\_LAB\_RESULTS\_URINE 264. Tipo Resultado Valor Fecha (DD/MM/AAAA)Examen general de orina    **Question:** MRR\_ANC\_HYPERTENSION**Required**

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

 265. ¿Tuvo la mujer antecedentes de hipertensión arterial?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_DIABETES**Required**

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


 266. ¿Tuvo la mujer antecedentes de diabetes mellitus?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_HIST\_ABORT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

- 1 Sí  
2 No  
-1 No registrado


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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_HIST\_ECL  
**Required**

**Scale Summary**

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


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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_HIST\_MAL  
**Required**

**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
2	No	
-1	No registrado	
-2	No aplica (no hay nacimientos previos)	


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

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

**Question:** MRR\_ANC\_REFTO  
**Required**

**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

- ☐ Sí  
☐ No


**Question:** MRR\_ANC\_REF\_DATETO

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_REFTO = 1:[Sí])

**Scale Summary**

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

 271. Fecha de referencia:

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


**Question:** MRR\_ANC\_REF\_TIMETO

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_REFTO = 1:[Sí])

**Scale Summary**

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

 272. Hora de referencia:

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_ANC\_REF\_NAMETO

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_REFTO = 1:[Sí])

**Scale Summary**

Code	Label
------	-------

Show-If

273. ¿A cual unidad fue referida la mujer?


Item	Percentage
1	65
2	85
3	75
4	88
5	92
6	70
7	95
8	85
9	75
10	88
11	82
12	90
13	78
14	85
15	95
16	80
17	88
18	92
19	85
20	70


☐ 


☐ 

☐ 

☐ 


☐ 


☐ 


☐ 


☐ 


☐ 


☐ 


☐ 


☐ 

☐ 

☐ 


☐ 

☐ 

☐ 


☐ 

☐ 

☐ 

☐ 


☐ 

☐ 

☐ Otro, especificar

☐ 

☐ No sabe


☐ 

☐ Se negó a contestar

1	Puesto de Salud
2	Sub Centro de Salud



3	Centro de Salud con Cama	
4	Equipo Itinerante	
7	Hospital Rural	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 274. Tipo de unidad a la cual fue referida la mujer:


- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Sub Centro de Salud
- ☐ Centro de Salud con Cama
- ☐ Equipo Itinerante
- ☐ Hospital Rural
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_PRE\_OUT

**Required**

**Show if:** (MRR\_ANC\_NUM.SPEC was-answered)

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

 275. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?


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

**Question:** MRR\_ANC\_DEL\_MODE

**Required**


**Show if:** (MRR\_PRE\_OUT = 1:[Nacimiento])

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

 276. Tipo de nacimiento

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

**Question:** COMMENTS\_ANC

 277. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Jump-To:** JMP\_ABORTO

**Description:**

**Jump-To-Item:** MRR\_APP\_FP

**Jump-If:** (MRR\_PRE\_OUT = 2:[Aborto]) and (MRR\_RECORDS is-any-of )

**Jump-To:** JMP\_STILBIRTH

**Description:**

**Jump-To-Item:** MRR\_APP\_FP

**Jump-If:** (MRR\_PRE\_OUT = 3:[Mortinato]) and (MRR\_RECORDS is-any-of )

**Collection:** MRR\_DELIVERY

**Contains:** MRR\_DEL\_ADM\_DATE, MRR\_DEL\_ADM\_TIME, MRR\_DEL\_DATE, MRR\_DEL\_TIME, MRR\_DEL\_GEST, MRR\_DEL\_BIRTH\_WHERE, MRR\_DEL\_REFFROM, MRR\_DEL\_REF\_ACCOMFROM, MRR\_DEL\_REF\_DATEFROM, MRR\_DEL\_REF\_TIMEFROM, MRR\_DEL\_REF\_REASFROM, MRR\_DEL\_REF\_TYPEFROM, MRR\_DEL\_REF\_NAMEFROM, MRR\_WOM\_ARRIVE, MRR\_AC\_COM\_WOR, MRR\_AC\_MIDWIFE, MRR\_DEL\_PER, MRR\_WOM\_HYPERDY, MRR\_WOM\_HYPO, MRR\_WOM\_PELVIC, MRR\_WOM\_AMNI, MRR\_WOM\_RUPTURA, MRR\_OXY\_1MIN, MRR\_OTH\_1MIN, MRR\_OXY, MRR\_UT\_MAS, MRR\_UMB\_CORD, MRR\_UMB\_PIN, MRR\_PAR, NOTE\_FHR, NOTE\_FHR\_DES, FHR\_110, NOTE\_FHR\_110, NOTE\_FHR\_DES\_110, FHR\_30\_MIN, FHR\_1\_HR, NOTE\_CURVA, NOTE\_SUPERO, NOTE\_CURVA\_DES, MRR\_FET\_HEART, MRR\_FET\_HEART\_DES, MRR\_DEL\_MODE, MRR\_WOM\_IV, MRR\_DEL\_REFTO, MRR\_DEL\_REF\_ACCOMTO, MRR\_DEL\_REF\_DATETO, MRR\_DEL\_REF\_TIMETO, MRR\_DEL\_REF\_REASTO, MRR\_DEL\_REF\_TYPTO, MRR\_DEL\_REF\_NAMETO, COMMENTS\_DEL

**Show if:** (MRR\_RECORDS is-any-of )

**Atención al nacimiento****Question:** MRR\_DEL\_ADM\_DATE**Required**


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

 278. Fecha de ingreso

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

**Question:** MRR\_DEL\_ADM\_TIME**Required**


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

 279. Hora de ingreso (en horario de 24 horas)

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_DATE**Required**


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

 280. Fecha en que ocurrió el nacimiento

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

**Question:** MRR\_DEL\_TIME**Required**


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

 281. Hora en que ocurrió el nacimiento (en horario de 24 horas)

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_GEST**Required**

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

 282. Edad gestacional del bebé al nacimiento

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

**Question:** MRR\_DEL\_BIRTH\_WHERE**Required**

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

283. ¿Dónde ocurrió el nacimiento?



- ☐ En este unidad de salud  
☐ En otro unidad de salud  
☐ En la casa  
☐ Camino a este unidad de salud  
☐ El nacimiento no ocurrió  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_REFFROM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** MRR\_DEL\_REF\_ACCOMFROM**Required****Show if:** (MRR\_DEL\_REFFROM = 1:[Sí])

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



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

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

**Question:** MRR\_DEL\_REF\_DATEFROM**Required****Show if:** (MRR\_DEL\_REFFROM = 1:[Sí])

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



286. Fecha de referencia/traslado:

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

**Question:** MRR\_DEL\_REF\_TIMEFROM**Required****Show if:** (MRR\_DEL\_REFFROM = 1:[Sí])

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



287. Hora de referencia/traslado:

- ☐ Hora  (HH:MM)  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_REF\_REASFROM**Required****Show if:** (MRR\_DEL\_REFFROM = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Baja frecuencia cardíaca fetal (bradicardia fetal)	
2	Sangrado	
3	Feto muy grande (macrosomía)	
4	Cabeza del feto por arriba del pubis (feto libre o falta de encajamiento del feto)	
5	Hipodinamia uterina	
6	Hipertonía uterina	
7	Trabajo de parto prolongado	
8	Inicio del trabajo de parto	
9	Pre-eclampsia	
10	Eclampsia	
995	Otra (especificar)	



☐ Baja frecuencia cardíaca fetal (bradicardia fetal)

☐ Sangrado

☐ Feto muy grande (macrosómico)

☐ Cabeza del feto por arriba del pubis (feto libre o falta de encajamiento del feto)

☐ Hipodinamia uterina

☐ Hipertonía uterina

☐ Trabajo de parto prolongado

☐ Inicio del trabajo de parto

☐ Pre-eclampsia

☐ Eclampsia

☐ Otra (especificar)

☐ No registrado

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	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



☐ Puesto de Salud  
☐ Sub Centro de Salud  
☐ Centro de Salud con Cama  
☐ Equipo Itinerante  
☐ Hospital Rural  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

Code Label

Label	Count
A	45
B	35
C	38
D	32
E	30
F	42
G	35
H	30
I	48
J	32
K	28
L	35
M	15
N	15
O	38
P	32
Q	35
R	30
S	35
T	42
U	38
V	32
W	35
X	30
Y	35
Z	45

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



- [illegible]

Code	Label	Show-If
------	-------	---------

2	Parto inminente
3	Cesárea Programada
0	No
-1	No registrado



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

Code	Label	Show-If
------	-------	---------

1	Sí
0	No
-1	No registrado



- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Code	Label	Show-If
------	-------	---------

1	Sí
0	No
-1	No registrado

293. Mujer acompañada por una partera para atender el nacimiento en la instalación de salud



- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_PER  
**Minimum checks:** 1



294. Anote quién atendió el nacimiento

- ☐ Médico general  
☐ Obstetra  
☐ Partera  
☐ Enfermera  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_HYPERDY  
**Required**

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



295. ¿Tuvo la mujer hiperdinamia?

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_HYPO  
**Required**

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



296. ¿Tuvo la mujer hipodinamia?

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_PELVIC  
**Required**

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



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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_AMNI  
**Required**

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



298. ¿Se le practica a la mujer amniotomía?

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_RUPTURA  
**Required**

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



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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

Registre si se administró a la mujer:

**Custom Layout Question:** MRR\_OXY\_1

 300. Administrado Fecha/hora registrado

Oxitocina


Otros uterotónicos

**Question:** MRR\_OXY\_1MIN

**Required**

**Show if:** (MRR\_OXY\_ADMIN\_OXY\_REGISTER = 1)

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

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


☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_OTH\_1MIN

**Required**


**Show if:** (MRR\_OXY\_ADMIN\_OTH\_REGISTER = 1)

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

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

☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Custom Layout Question:** MRR\_OXY\_2

 303. Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM) (en horario de 24 horas)

Oxitocina

**Custom Layout Question:** MRR\_OXY\_3

 304. Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM) (en horario de 24 horas)


Otros uterotónicos

**Question:** MRR\_OXY

**Required**

**Show if:** (MRR\_OXY\_ADMIN\_OXY = 1)

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


 305. Forma de administración de la oxitocina:

☐ Intramuscular  
☐ Intravenosa  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_UT\_MAS

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	


 306. Registro de masaje uterino

☐ Sí  
☐ No

**Question:** MRR\_UMB\_CORD

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	


 307. Registro de tracción/contracción del cordón umbilical

- ☐ Si  
☐ No

**Question:** MRR\_UMB\_PIN

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	


 308. Registro de pinzamiento tardío del cordón umbilical

- ☐ Si  
☐ No

**Question:** MRR\_PAR

**Required**


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

 309. Partograma

- ☐ Incluido en el expediente y llenado  
☐ Incluido pero no llenado  
☐ No incluido


Revise el partograma y anote si se registró la siguiente información

**Custom Layout Question:** MRR\_PAR\_REV

 310. Registrado

Nombre de la paciente	<input type="text"/>
Curva completa hasta el momento del nacimiento	<input type="text"/>
Representación gráfica de la frecuencia cardíaca fetal	<input type="text"/>
Gráfica de la frecuencia de contracciones uterinas	<input type="text"/>
Interpretación de cambios en contracciones uterinas	<input type="text"/>
Presión arterial (PA)	<input type="text"/>
Pulso	<input type="text"/>
Frecuencia cardíaca (fc)	<input type="text"/>
Posición del bebé	<input type="text"/>
Intensidad de las contracciones	<input type="text"/>
Localización del dolor	<input type="text"/>
Observación de líquido amniótico	<input type="text"/>
Observación de las membranas	<input type="text"/>
Evaluación fetal	<input type="text"/>
Evolución del descenso cefálico	<input type="text"/>
Evolución de la dilatación cervical	<input type="text"/>
Intensidad del dolor	<input type="text"/>

**Custom Layout Question:** MRR\_PAR\_CALC

 311. Registrado

¿Registro de frecuencia cardíaca fetal?	<input type="text"/>
¿Registro de curva de alerta?	<input type="text"/>
¿Dilatación > 4.5 cm?	<input type="text"/>
¿Frecuencia cardíaca fetal < 120 lpm?	<input type="text"/>
¿Se superó la curva de alerta?	<input type="text"/>

**Question:** NOTE\_FHR


**Required**

**Show if:** (MRR\_PAR\_REV\_OBS\_FHR = 1)

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



Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	


 312. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si FCF < 120?

- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** NOTE\_FHR\_DES

**Minimum checks:** 1

**Show if:** (NOTE\_FHR = 1:[Sí])

 313. ¿Cuales de las siguientes se incluyen en la nota?


- ☐ Cesárea  
☐ Traslado / Referencia  
☐ Monitoreo electrónico fetal  
☐ Monitoreo clínico cada 15 minutos  
☐ Oxígeno  
☐ Decúbito lateral izquierdo  
☐ Expansión volumétrica: administración de soluciones cristaloides (aplicación de suero)  
☐ Uso de beta-bloqueadores  
☐ Ruptura artificial de membranas  
☐ Contracciones  
☐ Evaluación fetal  
☐ Otro: especificar

**Question:** FHR\_110

**Required**

**Show if:** (MRR\_PAR\_REV\_OBS\_FHR = 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 314. ¿Frecuencia cardíaca fetal < 110 lm?


- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** NOTE\_FHR\_110

**Required**

**Show if:** (FHR\_110 = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	


 315. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si FCF < 110?

- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** NOTE\_FHR\_DES\_110

**Minimum checks:** 1

**Show if:** (NOTE\_FHR\_110 = 1:[Sí])

 316. ¿Cuales de las siguientes decisiones se incluyen en la nota?

- ☐ Cesárea  
☐ Traslado / Referencia  
☐ Monitoreo electrónico fetal  
☐ Monitoreo clínico cada 15 minutos  
☐ Oxígeno  
☐ Decúbito lateral izquierdo  
☐ Expansión volumétrica: administración de soluciones cristaloides (aplicación de suero)  
☐ Uso de beta-bloqueadores  
☐ Ruptura artificial de membranas  
☐ Otro: especificar

**Question:** FHR\_30\_MIN

**Required**

**Show if:** (MRR\_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

317. La frecuencia cardíaca fetal fue graficada o registrada cada media hora



- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** FHR\_1\_HR**Required****Show if:** (FHR\_30\_MIN = 0:[No])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



318. La frecuencia cardíaca fetal fue graficada o registrada cada una hora

- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** NOTE\_CURVA**Required****Show if:** (MRR\_PAR\_REV\_OBS\_CURVA = 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



319. ¿Existe una nota en el partograma o expediente dentro de 30 min si dilatación &gt; 4.5 cm?

- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** NOTE\_SUPERO**Required****Show if:** (MRR\_PAR\_REV\_OBS\_SUPERO = 1)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** NOTE\_CURVA\_DES**Minimum checks:** 1**Show if:** (NOTE\_CURVA = 1:[Sí]) or (NOTE\_SUPERO = 1:[Sí])

321. ¿Cuales de las siguientes se incluyen en la nota?

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

**Question:** MRR\_FET\_HEART**Required****Show if:** (MRR\_PAR = 1:[Incluido en el expediente y llenado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



322. ¿Se observo un descenso en la frecuencia cardiaca fetal?

-- Seleccione uno --

**Question:** MRR\_FET\_HEART\_DES**Required****Show if:** (MRR\_FET\_HEART = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Se refirió a otra instalación de salud	
2	Operación cesárea	
3	Dio a luz en esta instalación de salud	
0	No registrado	
995	Otro (especificar)	



323. Registre qué se hizo si hubo descenso de la frecuencia cardiaca fetal

- ☐ Se refirió a otra instalación de salud  
☐ Operación cesárea  
☐ Dio a luz en esta instalación de salud  
☐ No registrado  
☐ Otro (especificar)

**Question:** MRR\_DEL\_MODE**Required**

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



324. Tipo de nacimiento

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

**Question:** MRR\_WOM\_IV**Required****Show if:** (MRR\_DEL\_MODE = 5:[Cesárea de emergencia]) or (MRR\_DEL\_MODE = 6:[Cesárea electiva])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

- ☐ Sí  
☐ No

**Question:** MRR\_DEL\_REFTO**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

326. Indique si la mujer fue referida A otra instalación de salud-- Seleccione uno -- **Question:** MRR\_DEL\_REF\_ACCOMTO**Required****Show if:** (MRR\_DEL\_REFTO = 1:[Sí])

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



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

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

**Question:** MRR\_DEL\_REF\_DATETO**Required****Show if:** (MRR\_DEL\_REFTO = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Fecha:	
-1	No registrado	

328. Fecha de referencia/traslado:

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

**Question:** MRR\_DEL\_REF\_TIMETO

**Required**

**Show if:** (MRR\_DEL\_REFTO = 1:[Sí])

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

329. Hora de referencia/traslado:

- ☐ Hora  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_REF\_REASTO

**Required**

**Show if:** (MRR\_DEL\_REFTO = 1:[Sí])

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

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

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

**Question:** MRR\_DEL\_REF\_TYPETO

**Required**

**Show if:** (MRR\_DEL\_REFTO = 1:[Sí])

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	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Sub Centro de Salud
- ☐ Centro de Salud con Cama
- ☐ Equipo Itinerante
- ☐ Hospital Rural
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEL\_REF\_NAME TO


**Required**

**Show if:** (MRR\_DEL\_REFTO = 1:[SÍ])

### Scale Summary

Show-If

Code	Label
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
999	Otro, especificar
-1	No sabe
-2	Se negó a contestar

 332. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

[illegible]

**Question:** COMMENTS\_DEL

 333. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** MRR\_POSTPARTUM

**Contains:** MRR\_POS\_BIRTH\_WHERE, MRR\_POS\_REFFROM, MRR\_POS\_REF\_ACCOMFROM, MRR\_POS\_REF\_DATEFROM, MRR\_POS\_REF\_TIMEFROM, MRR\_POS\_TRANS\_TYPEFROM, MRR\_POS\_TRANS\_NAMEFROM, MRR\_POS\_DOB, MRR\_POS\_DOB\_TIME, MRR\_POS\_GEST, MRR\_WOM\_HIV, MRR\_WOM\_VDRL, MRR\_WOM\_TB, MRR\_WOM\_LOCHIAS\_NUM\_FIRST, MRR\_WOM\_LOCHIAS\_LOOKS\_FIRST, MRR\_WOM\_LOCHIAS\_ODOR\_FIRST, MRR\_POS\_ATTACH, MRR\_WOM\_TEMP\_37, MRR\_WOM\_LOCHIAS\_NUM\_DIS, MRR\_WOM\_LOCHIAS\_LOOKS\_DIS, MRR\_WOM\_LOCHIAS\_ODOR\_DIS, MMR\_POS\_SPEC, MRR\_POS\_OUT, MRR\_POS\_OUT\_BIRTH, MRR\_POS\_CSECT\_TYPE, MRR\_POS\_TYPE, MMR\_POS\_BABY\_GEN, MMR\_POS\_BABY\_GEN\_TWINS, MRR\_POS\_BABY\_GEN\_GENDER, MMR\_NEW\_ATT, MRR\_APP\_FP, MRR\_APP\_FP\_INFORM, MRR\_NAME\_FP, DISP\_MOTHER, DISP\_CHILD, COMMENTS\_PPM

**Show if:** (MRR\_RECORDS is-any-of )


**Período posparto o puerperal**

**Question:** MRR\_POS\_BIRTH\_WHERE

**Required**

**Show if:** (MRR\_DEL\_BIRTH\_WHERE was-not-answered)

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En este unidad de salud	
2	En otro unidad de salud	
3	En la casa	
4	Camino a este unidad de salud	
5	El nacimiento no ocurrió	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	


 334. ¿Dónde ocurrió el nacimiento?

- ☐ En este unidad de salud
- ☐ En otro unidad de salud
- ☐ En la casa
- ☐ Camino a este unidad de salud
- ☐ El nacimiento no ocurrió
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_REFFROM

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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


- ☐ Sí
- ☐ No

**Question:** MRR\_POS\_REF\_ACCOMFROM

**Required**

**Show if:** (MRR\_POS\_REFFROM = 1:[S])

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

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


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

**Question:** MRR\_POS\_REF\_DATEFROM

**Required**

**Show if:** (MRR\_POS\_REFFROM = 1:[S])

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

 337. Fecha de referencia/traslado:

- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)

**Question:** MRR\_POS\_REF\_TIMEFROM  
**Required**  
**Show if:** (MRR\_POS\_REFFROM = 1:[Sí])  
**Scale Summary**

Code	Label	Show-If
1	Hora	
-1	No registrado	

**Question:** MRR\_POS\_TRANS\_TYPEFROM  
**Required**  
**Show if:** (MRR\_POS\_REFFROM = 1:[Sí])  
**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	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

**Question:** MRR\_POS\_TRANS\_NAMEFROM  
**Required**  
**Show if:** (MRR\_DEL\_REFFROM = 1:[SÍ])  
**Scale Summary**

[illegible]

[illegible]

**Question:** MRR\_POS\_DOB

**Question:**  
**Required**

**Show if:** (MRR RECORDS is-none-of )

### Scale Summary

Code	Label	Show-If
------	-------	---------

1 Fecha:

-1 No registrado

341. Fecha del nacimiento

☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_DOB\_TIME

**Question:**  
**Required**

**Show if:** (MRR\_RECORDS is-none-of )

### Scale Summary

Code	Label	Show-If
------	-------	---------

1 Hora:

-1 No registrado

342. Hora del nacimiento

☐ Hora:  (HH:MM)

☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_GEST

### Question Required


**Show if:** (MRR\_RECORDS is-none-of )

### Scale Summary

Code	Label	Show-If
------	-------	---------

1 Edad (en semanas):

-1 No registrado

 343. Edad gestacional del bebé al nacimiento

☐ Edad (en semanas):

☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_HIV

**Question.**  
**Required**

### Scale Summary

Code	Label	Show-If
------	-------	---------

1 Sí

2 No



-1 No registrado

344. ¿Tuvo la mujer un resultado positivo para la prueba de VIH?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_VDRL

**Required**

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

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_TB

**Required**

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

346. ¿Tuvo la mujer un resultado positivo para la prueba de tuberculosis (TB)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

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

**Custom Layout Question:** MRR\_POS3\_CHECK

347.	Número de veces durante las primeras 2 horas	Número de veces durante la primera hora	Número de veces durante la segunda hora
Presión arterial (PA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Revisión de las características de loquios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presencia de sangrado anormal o hemorragia vaginal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diuresis espontánea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Involución uterina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Question:** MRR\_WOM\_LOCHIAS\_NUM\_FIRST

**Required**

**Show if:** (MRR\_POS3\_CHECK\_LOCHIA\_NUM ≠ 0:[No registrado]) and (MRR\_POS3\_CHECK\_LOCHIA\_4X1 ≠ 0:[No registrado]) and (MRR\_POS3\_CHECK\_LOCHIA\_2X2 ≠ 0:[No registrado])

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

348. Cantidad de los loquios durante el primer revisión:

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


**Question:** MRR\_WOM\_LOCHIAS\_LOOKS\_FIRST

**Required**

**Show if:** (MRR\_POS3\_CHECK\_LOCHIA\_NUM ≠ 0:[No registrado]) and (MRR\_POS3\_CHECK\_LOCHIA\_4X1 ≠ 0:[No registrado]) and (MRR\_POS3\_CHECK\_LOCHIA\_2X2 ≠ 0:[No registrado])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Loquios normales	
2	Presencia de sólodos	
-1	No registrado	

 349. Aspecto de los loquios durante el primer revisión:


- ☐ Loquios normales  
☐ Presencia de sólodos  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_LOCHIAS\_ODOR\_FIRST

**Required**

**Show if:** (MRR\_POS3\_CHECK\_LOCHIA\_NUM ≠ 0:[No registrado]) and (MRR\_POS3\_CHECK\_LOCHIA\_4X1 ≠ 0:[No registrado]) and (MRR\_POS3\_CHECK\_LOCHIA\_2X2 ≠ 0:[No registrado])

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


 350. Olor de los loquios durante el primer revisión:

- ☐ Loquios normales  
☐ Olores fétidos  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_ATTACH

**Required**

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


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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_TEMP\_37

**Required**

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

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

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ No registrado

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

**Custom Layout Question:** MRR\_DIS\_CHECK1

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

Otro (especifique)

**Question:** MRR\_WOM\_LOCHIAS\_NUM\_DIS**Required****Show if:** (MRR\_DIS\_CHECK\_LOCHIA\_REG = 1:[Registrado])

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

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

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

**Question:** MRR\_WOM\_LOCHIAS\_LOOKS\_DIS**Required****Show if:** (MRR\_DIS\_CHECK\_LOCHIA\_REG = 1:[Registrado])

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

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

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

**Question:** MRR\_WOM\_LOCHIAS\_ODOR\_DIS**Required****Show if:** (MRR\_DIS\_CHECK\_LOCHIA\_REG = 1:[Registrado])

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

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

- ☐ Loquios normales
- ☐ Olores fétidos
- ☐ No registrado

**Question:** MMR\_POS\_SPEC**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Trabajador de salud comunitaria	
5	Pasante de servicio social	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

357. Persona que dio la atención post-parto para la madre

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador de salud comunitaria
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_OUT**Required**

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

358. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

- ☐ Nacimiento

☐ Mortinato

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_OUT\_BIRTH

**Required**

**Show if:** (MRR\_POS\_OUT = 1:[Nacimiento]) and (MRR\_DEL\_MODE was-not-answered)

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



359. Tipo:

☐ Parto vaginal

☐ Parto con ventosa

☐ Parto con forceps

☐ Parto vaginal con feto en presentación distócica

☐ Parto vaginal con feto en presentación podálica

☐ Cesárea

☐ Espátula

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_CSECT\_TYPE

**Required**

**Show if:** (MRR\_POS\_OUT\_BIRTH = 5:[Cesárea])

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



360. Especifique el tipo de cesárea

☐ Cesárea de emergencia

☐ Cesárea electiva

☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_TYPE

**Required**

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



361. Tipo de nacimiento:

☐ Un solo bebé

☐ 2 bebés

☐ 3 bebés

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

**Question:** MMR\_POS\_BABY\_GEN

**Required**

**Show if:** (MRR\_POS\_TYPE = 1:[Un solo bebé])

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



362. Sexo del bebé:


☐ Masculino

☐ Femenino


☐ No registrado

**Question:** MMR\_POS\_BABY\_GEN\_TWINS**Required****Show if:** (MRR\_POS\_OUT = 1:[Nacimiento]) and (MRR\_POS\_TYPE = 2:[2 bebés])

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

 363. Sexo de los bebés:

- ☐ Masculino  
☐ Femenino  
☐ Masculino y femenino  
☐ No registrado

**Question:** MRR\_POS\_BABY\_GEN\_GENDER**Minimum checks:** 1**Show if:** (MRR\_POS\_TYPE = 3:[3 bebés]) or (MRR\_POS\_TYPE = 995:[Otro (especificar):])
 364. Indique el numero de bebés masculinos y femeninos

- ☐ Masculino   
☐ Femenino   
☐ No registrado

**Question:** MMR\_NEW\_ATT**Required****Show if:** (MRR\_POS\_OUT ≠ 3:[Mortinato])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Médico	
2	Enfermera	
3	Partera	
4	Pasante de servicio social	
0	Nadie	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 365. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

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

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

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

**Custom Layout Question:** MRR\_NEW\_CHECK1

366.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Administración de vitamina K.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina oftálmica o fucithalmic	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gotas Oftálmicas de gentamicina o fucithalmic o alternativas antimicrobianas en preparado oftálmico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de oxitetraciclina oftálmica como profilaxis o clorafenicol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curación del cordón umbilical con agua y clorhexidina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curación del cordón umbilical con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación para presencia de malformaciones (MFC)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación del color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de vacuna BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Determinación de la Edad Gestacional a través del método de Capurro o Ballard modificado	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Evaluación de los signos de peligro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promoción de la lactancia materna y el Apego Precoz	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**Custom Layout Question: MRR\_NEW\_CHECK2**

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

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

**Custom Layout Question: MRR\_NEW\_CHECK1\_2**

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

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

**Custom Layout Question: MRR\_NEW\_CHECK2\_2**

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

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

**Custom Layout Question: MRR\_NEW\_CHECK1\_3**

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

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

**Custom Layout Question: MRR\_NEW\_CHECK2\_3**

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

**Anticoncepción Post-Parto****Question: MRR\_APP\_FP Required**

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

372. Recibió la mujer anticoncepción

☐ Sí  
☐ No  
☐ Referida  
☐ No registrado

**Question: MRR\_APP\_FP\_INFORM Required**

Show if: (MRR\_APP\_FP = 2:[No])

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

373. ¿Fue la mujer informada sobre anticoncepción?

☐ Sí  
☐ No  
 Otro (especificar):

○

**Question:** MRR\_NAME\_FP  
**Minimum checks:** 1  
**Show if:** (MRR\_APP\_FP = 1:[Sí])

 374. ANTICONCEPCION

Método anticonceptivo recibido


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

**Collection:** DISP\_MOTHER

**Contains:** MRR\_DISPOSITION, MRR\_REF\_ACCOMTO, MRR\_REF\_REAS, MRR\_REF\_PL, MRR\_REF\_TYPE, MRR\_DIS\_DATE, MRR\_DIS\_TIME, MRR\_DEATH\_DATE, MRR\_DEATH\_TIME

**Question:** MRR\_DISPOSITION  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra instalación de salud	
6	Referida a otra unidad de salud	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
1	Murió en el hospital	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	


 375. Resultado final de la estancia de la mujer en la instalación de salud :

- ☐ Egresó para su casa
- ☐ Transferida a otra instalación de salud
- ☐ Referida a otra unidad de salud
- ☐ Egresó contra las indicaciones médicas
- ☐ Murió en el hospital
- ☐ Desconocido
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_REF\_ACCOMTO  
**Required**

**Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra instalación de salud]) or (MRR\_DISPOSITION = 6:[Referida a otra unidad de salud])

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

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

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



**Question:** MRR\_REF\_REAS**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra instalación de salud]) or (MRR\_DISPOSITION = 6:[Referida a otra unidad de salud])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Complicaciones durante el nacimiento	
2	Complicaciones maternas durante el nacimiento	
3	Complicaciones neonatales	
995	Otro	
0	No registrado	

377. Razón por la que fue referida/traslado:

- ☐ Complicaciones durante el nacimiento
- ☐ Complicaciones maternas durante el nacimiento
- ☐ Complicaciones neonatales
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_REF\_PL**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra instalación de salud]) or (MRR\_DISPOSITION = 6:[Referida a otra unidad de salud])

378. Lugar a donde fue referida/traslado:

**Question:** MRR\_REF\_TYPE**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra instalación de salud]) or (MRR\_DISPOSITION = 6:[Referida a otra unidad de salud])

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	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

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

- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Sub Centro de Salud
- ☐ Centro de Salud con Cama
- ☐ Equipo Itinerante
- ☐ Hospital Rural
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DIS\_DATE**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Transferida a otra instalación de salud] or 6:[Referida a otra unidad de salud] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

380. Fecha de egreso/referencia/traslado

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

**Question:** MRR\_DIS\_TIME**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Transferida a otra instalación de salud] or 6:[Referida a otra unidad de salud] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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

381. Hora de egreso/referencia/traslado (en horario de 24 horas)

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_DEATH\_DATE**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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

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



382. Fecha de defunción

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

**Question:** MRR\_DEATH\_TIME**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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



383. Hora de defunción (en horario de 24 horas)

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Collection:** DISP\_CHILD**Contains:** MRR\_CH\_DISPOSITION, MRR\_CH\_REF\_ACCOMTO, MRR\_CH\_REF\_REAS, MRR\_CH\_REF\_PL, MRR\_CH\_REF\_TYPE, MRR\_CH\_DIS\_DATE, MRR\_CH\_DIS\_TIME, MRR\_CH\_DEATH\_DATE, MRR\_CH\_DEATH\_TIME**Question:** MRR\_CH\_DISPOSITION**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
2	Egresó para su casa	
3	Transferida a otra instalación de salud	
6	Referida a otra unidad de salud	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
1	Murió en el hospital	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	



384. Resultado final de la estancia del niño en la instalación de salud :

- ☐ Egresó para su casa
- ☐ Transferida a otra instalación de salud
- ☐ Referida a otra unidad de salud
- ☐ Egresó contra las indicaciones médicas
- ☐ Murió en el hospital
- ☐ Desconocido
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_CH\_REF\_ACCOMTO**Required****Show if:** (MRR\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra instalación de salud]) or (MRR\_DISPOSITION = 6:[Referida a otra unidad de salud])

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



385. ¿El bebé fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?

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

**Question:** MRR\_CH\_REF\_REAS**Required****Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra instalación de salud]) or (MRR\_CH\_DISPOSITION = 6:[Referida a otra unidad de salud])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Complicaciones durante el nacimiento	
2	Complicaciones maternas durante el nacimiento	
3	Complicaciones neonatales	
995	Otro	
0	No registrado	



386. Razón por la que fue referida/traslado:

- ☐ Complicaciones durante el nacimiento

- ☐ Complicaciones maternas durante el nacimiento
- ☐ Complicaciones neonatales
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_CH\_REF\_PL

**Required**

**Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra instalación de salud]) or (MRR\_CH\_DISPOSITION = 6:[Referida a otra unidad de salud])



387. Lugar a donde fue referida/traslado:

**Question:** MRR\_CH\_REF\_TYPE

**Required**

**Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION = 3:[Transferida a otra instalación de salud]) or (MRR\_CH\_DISPOSITION = 6:[Referida a otra unidad de salud])

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	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



388. Tipo de unidad a la cual fue referida/traslado el bebé:

- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Sub Centro de Salud
- ☐ Centro de Salud con Cama
- ☐ Equipo Itinerante
- ☐ Hospital Rural
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_CH\_DIS\_DATE

**Required**

**Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Transferida a otra instalación de salud] or 6:[Referida a otra unidad de salud] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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



389. Fecha de egreso/referencia/traslado

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

**Question:** MRR\_CH\_DIS\_TIME

**Required**

**Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Transferida a otra instalación de salud] or 6:[Referida a otra unidad de salud] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

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



390. Hora de egreso/referencia/traslado (en horario de 24 horas)

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_CH\_DEATH\_DATE

**Required**

**Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

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



391. Fecha de defunción

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


**Question:** MRR\_CH\_DEATH\_TIME

**Required**

**Show if:** (MRR\_CH\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If

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

 392. Hora de defunción (en horario de 24 horas)

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** COMMENTS\_PPM

 393. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**Collection:** MRR\_PPM\_AFTER7

**Contains:** MRR\_WOM\_ANC\_PPM, MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_DOB, MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_DOB\_TIME, MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_VISITDATE, MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_VISIT7DAYS, MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_VISITDATE2


**Show if:** (MRR\_RECORDS is-any-of )

#### Período posparto

**Question:** MRR\_WOM\_ANC\_PPM

**Required**

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

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


- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_DOB

**Required**

**Show if:** (MRR\_WOM\_ANC\_PPM = 1:[Sí]) and (MRR\_DEL\_DATE.SPEC was-not-answered) and (MRR\_POS\_DOB.SPEC was-not-answered)

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

 395. Fecha del nacimiento


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

**Question:** MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_DOB\_TIME

**Required**

**Show if:** (MRR\_WOM\_ANC\_PPM = 1:[Sí]) and (MRR\_DEL\_DATE.SPEC was-not-answered) and (MRR\_POS\_DOB.SPEC was-not-answered)

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

 396. Hora del nacimiento


- ☐ Hora  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_VISITDATE

**Required**

**Show if:** (MRR\_WOM\_ANC\_PPM = 1:[Sí])

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

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

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

**Question:** MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_VISIT7DAYS

**Required**

**Show if:** (MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_VISITDATE = 1:[Fecha:]) and ((MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_DOB = 1:[Fecha]) or (MRR\_POS\_DOB = 1:[Fecha:])) or (MRR\_DEL\_DATE = 1:[Fecha:]))

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

1	Sí
0	No

398. ¿Fue esta primera visita dentro de 7 días después del nacimiento (incluyendo el día 7)?

- ☐ Sí  
☐ No

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

**Custom Layout Question: MRR\_ANC\_PPM\_CHECK1**

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

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

**Custom Layout Question: MRR\_ANC\_PPM\_CHECK2**

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

**Question: MRR\_WOM\_ANC\_PPM\_VISITDATE2**

**Required**

Show if: (MRR\_WOM\_ANC\_PPM = 1:[Sí])

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

401. La fecha de la segunda visita después del parto

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

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de última menstruación fue . Por favor revisa expedientes con fecha de última menstruación entre 31/08/2011 - 01/05/2014

**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.