

The Cono Sur PRICOR II Project
Subagreement 87/11/3300 to
U.S.A.I.D. Coop. Agrmt. DPE-5920-A-00-5056

PERU COUNTRY STUDY

Final Report

Volume 2

DETAILED INSTRUMENTS:

(Spanish Version)

The PRI&M Group
Projects in Rural Industry, Agriculture, Science and Medicine, Inc.
10480 Little Patuxent Parkway
Suite 500, Columbia MD 21044
Telephone: (301) 730-4750
FAX: (301) 740-8603

The Cono Sur PRICOR II Project
Subagreement 87/11/3300 to
U.S.A.I.D. Coop. Agrmnt. DPE-5920-A-00-5056

PERU COUNTRY STUDY

Final Report

Volume 2

DETAILED INSTRUMENTS:

(Spanish Version)

The PRISM Group

Projects in Rural Industry, Agriculture, Science and Medicine, Inc.
10480 Little Patuxent Parkway
Suite 500, Columbia MD 21044
Telephone: (301) 730-4780
FAX: (301) 740-8603

The work upon which this presentation is based was performed under a subagreement with the Center for Human Services under its Cooperative Agreement No. DPE-5920-00-A-5056-00 with the U.S. Agency for International Development.

© Copyright 1989 **PRISM** Incorporated
All Rights Reserved

Warning

This material is protected by US Copyright Law (Title 17 United States Code). No part of this publication may be reproduced in any form or by any means without permission in writing from PRISM, Incorporated. Unauthorized reproduction and/or distribution may result in imprisonment of up to one year and fines of up to \$10,000 (17 USC 504). Copyright infringers may also be subject to civil liability.

PRISM NOTE

The Assessment Instruments presented in Volume 2 of this report are being developed by The PD&M Group for the National Management Assessment of Peripheral Service Delivery Project to be completed during 1990. Completion of these instruments was not part of the workscope of this project.

We believe the larger instrument set to be a useful supplement to the EPI and CDD Systems Assessment Reports and have therefore included them in the Final Report in their present crude form.

Additionally, we have developed instruction manuals for administering each instrument. We have chosen to withhold the manuals themselves from this report. They will be made available to the reader upon request.

Finally, we would like to emphasize that inclusion of the assessment instruments in this report **does not indicate any intention that they be considered as finished products. They should be considered to be a work still in progress.** Finished versions of instruments will be made available upon request.

ENCUESTA A MIEMBROS DE LA COMUNIDAD

Fecha: ___/___/___ Nombre de la madre: _____

Dirección: _____

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS/SOCIOECONOMICAS

Edad de la madre:

1	2	3	4	5	N/A	
19 años o menos	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 34 años	De 35 años o más		000 _____

Grado de instrucción:

1	2	3	4	5	N/A	
Analfabeta	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa o más		000 _____

Numero de hijos:

1	2	3	4	5+	N/A	000 _____
---	---	---	---	----	-----	-----------

Numero de niños con menos de 5 años:

1	2	3	4	5+	N/A	000 _____
---	---	---	---	----	-----	-----------

Cuantos niños hubiera deseado tener?

1	2	3	4	5	N/A	
Ninguno	1 o 2 hijos	3 o 4 hijos	5 o 6 hijos	7 o más hijos		000 _____

Desea tener más niños?

1	2	3	N/A	
No sabe o no responde	Si	No		000 _____

EDAD DEL NIÑO DEL ENFOQUE: _____ meses

000 _____

SEXO DEL NIÑO DEL ENFOQUE: 1-M 2-F

000 _____

CARACTERISTICAS AMBIENTALES

Cuenta Ud. con ...

... agua y desague	1	2	3	4	N/A	
	agua/desague	agua solo	agua de camión cistern	otro		000 _____

... cocina ó hervidor	1-NO	2-SI	N/A	000 _____
... letrina	1-NO	2-SI	N/A	000 _____
... refrigeradora	1-NO	2-SI	N/A	000 _____

ACCESIBILIDAD A CS/PS

Usa Ud. mas frecuentemente el Centro or el Puesto de Salud?

1-CS	2-PS	N/A	000 _____
------	------	-----	-----------

... Cual es el promedio de tiempo que tiene que esperar Ud. para ser atendida?

1	2	3	
1 hora o menos	Más que 1 hora hasta 2 horas	Más que 4 horas	000 _____

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

... Con que frecuencia tiene Ud. acceso a un profesional calificado?

1 Nunca	2 A veces	3 Siempre o casi siempre	000 _____
------------	--------------	-----------------------------	-----------

Cuanto tiempo demora Ud. para trasladarse al hospital mas cercano?

1 30 minutos o menos	2 Más que 1 hora pero menos que 2 horas	3 4 horas o más	000 _____
-------------------------	--	--------------------	-----------

Cuanto tiempo demora Ud. para trasladarse al centro de salud mas cercano?

1 30 minutos o menos	2 Más que 1 hora pero menos que 2 horas	3 4 horas o más	000 _____
-------------------------	--	--------------------	-----------

Cuanto tiempo demora Ud. para trasladarse al puesto de salud mas cercano?

1 30 minutos o menos	2 Más que 1 hora pero menos que 2 horas	3 4 horas o más	000 _____
-------------------------	--	--------------------	-----------

Cuanto cuesta una consulta en el Centro de Salud mas cercano?

1 500 Intis o menos	2 De 501 Intis a 1000 Intis	3 Más de 1000 Intis	000 _____
------------------------	--------------------------------	------------------------	-----------

COBERTURA

LA ULTIMA VEZ QUE SU NIÑO FUE ATENDIDO POR DIARREA EN EL CENTRO DE SALUD O PUESTOS DE SALUD CUAL DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS RECIBIO:

... tratamiento de rehidratación oral	NO	SI	N/A	000 _____
... suero endovenoso	NO	SI	N/A	000 _____
... antibióticos	NO	SI	N/A	000 _____
... antidiarréicos	NO	SI	N/A	000 _____

LA ULTIMA VEZ QUE SU NIÑO TUVO DIARREA, LO LLEVO A/AL:

... centro ó puesto de salud	No	Si	N/A	000 _____
... hospital	No	Si	N/A	000 _____
... IPSS	No	Si	N/A	000 _____
... médico particular	No	Si	N/A	000 _____
... farmacéutico	No	Si	N/A	000 _____
... curandero	No	Si	N/A	000 _____
... URO comunal	No	Si	N/A	000 _____
... lo atiendo en mi casa	No	Si	N/A	000 _____
... organizaciones no gubernamentales	No	Si	N/A	000 _____
... no la tuvo	No	Si	N/A	000 _____
... otros	No	Si	N/A	000 _____

LA ULTIMA VEZ QUE SU NIÑO TUVO IRA, LO LLEVO A/AL:

... centro ó puesto de salud	No	Si	N/A	000 _____
... hospital	No	Si	N/A	000 _____
... IPSS	No	Si	N/A	000 _____
... médico particular	No	Si	N/A	000 _____
... farmacéutico	No	Si	N/A	000 _____
... curandero	No	Si	N/A	000 _____
... URO comunal	No	Si	N/A	000 _____
... lo atiendo en mi casa	No	Si	N/A	000 _____
... organizaciones no gubernamentales	No	Si	N/A	000 _____
... no la tuvo	No	Si	N/A	000 _____
... otros	No	Si	N/A	000 _____

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

TIENE UD. EL CARNE DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE SU NIÑO?

ESTA CORRECTAMENTE LLENADO EL CARNE DE CRED:

... filiación	No	Si	N/A	000 _____
... vacunas	No	Si	N/A	000 _____
... curva de crecimiento	No	Si	N/A	000 _____
... citas para control	No	Si	N/A	000 _____

FRECUENCIA DE EXAMENES DEL NIÑO SANO:

Cuando fue la ultima vez que llevo su niño al C.S./P.S. para una examen de control de niño sano?

1	2	3	4	5	N/A	
nunca lo llevé	>= 12 meses	6-11 meses	2-5 meses	<2 meses		000 _____

Cuantas veces lo llevo su niño al C.S./P.S. para una examen de control de niño sano?

1	2	3	4	5	N/A	
nunca lo llevé	1-2 veces	3-5 veces	6-8 veces	>=9 veces		000 _____

TIENE UD. EL CARNE DE IMUNIZACIONES DE SU NIÑO?

ESTA CORRECTAMENTE LLENADO EL CARNE DE IMUNIZACIONES?

... filiación	No	Si	N/A	000 _____
... fechas de las vacunas	No	Si	N/A	000 _____
... fecha para regresar	No	Si	N/A	000 _____

SU NIÑO TIENE LAS VACUNACIONES NECESARIOS POR SU EDAD?

LA TRIPLE ... a los 2, 3 y 4 meses	No	Si	N/A	000 _____
ANTIPOLIOMIELITICA ... al nacer,				
a los 2,3 y 4 meses	No	Si	N/A	000 _____
ANTISARAMPIONGSA ... a los 9 meses	No	Si	N/A	000 _____
ANTITUBERCULOSA ... al nacer y				
a partir de los 6 años	No	Si	N/A	000 _____

CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE SE TOMO UN PAPANICOLAU?

1	2	3	4	5	
Hace menos de 6 meses	De 6 meses a 11 meses	De 1 año a 17 meses	De 18 meses a 2 años	Más de 2 años	000 _____

CUANDO ESTUVO EMBARAZADA O DIO A LUZ LA ULTIMA VEZ, QUIEN LA ATENDIO:

- ... personal en el centro ó puesto de salud
- ... personal en el hospital
- ... médico particular
- ... obstetríz
- ... farmacéutico
- ... curandero
- ... partera tradicional o comadrona
- ... personal del IPSS

CUANDO ESTUVO EMBARAZADA LA ULTIMA VEZ, RECIBIO ANTITETANICO?

ACTUALMENTE USA ALGUN METODO PARA CUIDARSE?

EN LOS ULTIMOS 6 MESES, EN CUANTAS CHARLAS DESARROLLADAS POR EL CENTRO DE SALUD O POSTA MEDICA HA PARTICIPADO PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES TEMAS:

	1	2	3	
	ninguna	una	más que 1	
... diarrea		_____		000 _____
... infecciones respiratorias agudas		_____		000 _____
... planificación familiar		_____		000 _____
... gestación		_____		000 _____
... tuberculosis		_____		000 _____

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

... crecimiento y desarrollo _____
... vacunación _____

000 _____
000 _____

LA ULTIMA VEZ QUE SU NIÑO TUVO DIARREA, CUAL DE LAS SIGUIENTES ACCIONES HIZO UD.:

- ... le dió medicamentos
- ... cambió su dieta
- ... le dió infusiones de hierbas
- ... les quitó el pecho
- ... le dió más líquidos
- ... continuó con sus alimentos normalmente
- ... le dió panetela de arroz
- ... le dió suero casero
- ... le dió la solución salvadora

LA ULTIMA VEZ QUE SU NIÑO TUVO UNA IRA, CUAL DE LAS SIGUIENTES ACCIONES HIZO UD.:

- ... le puso aguita con sal o manzanilla en la nariz
- ... le dió más líquidos
- ... continuó con su alimentación normal
- ... le dió jarabes para tos
- ... le dió antibióticos
- ... le dió medicamentos para controlar la fiebre

MORBILIDAD

TUVO SU NIÑO DIARREA AYER?

- La diarrea fue con moco y sangre?
- La diarrea duró 15 días ó mas?
- La diarrea fue de cuántas veces por día?
<4 = 1 4-10 = 2 >10 = 3

SU NIÑO TUVO DIARREA DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS?

- La diarrea fue con moco y sangre?
- La diarrea duró 15 días ó mas?
- La diarrea fue de cuántas veces por día?
1 = <4 2 = 4-10 3 = >10

SU NIÑO TUVO IRA AYER?

- Tuvo tos?
- Dolor de oído c/ s secreción?
- Dolor de garganta?
- Dificultad respiratoria?
- Rinorrea (secreción nasal)?
- Disfonia (voz ronca)?

SU NIÑO ESTA DESNUTRIDO?

... Verificación: (Usar brazaletes)?

MORBILIDAD POR OTRAS ENFERMEDADES:

- Su niño ha tenido sarampión?
- Su niño ha tenido tuberculosis?
- Su niño ha tenido tetanos?
- Su niño ha tenido tos convulsiva?
- Su niño ha tenido difteria?
- Su niño ha tenido polio?

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

CONOCIMIENTO

Coloque un puntaje para cada uno de los items que siguen:

0	1	2
no menciona ó es incorrecto	parcialmente correcto	totalmente correcto

NOCIONES IMPORTANTES SOBRE DIARREA:

QUE ES DIARREA ... deposiciones líquidas frecuentes en un día

QUE ES DESHIDRATACION ... pérdida de agua y sales del cuerpo

QUE COMPLICACIONES PUEDE TENER LA DIARREA ...

... puede deshidratar

... puede desnutrir

QUE MEDIDAS SE DEBEN TOMAR PARA PREVENIR LAS DIARREA ...

... LIMPIEZA ... lavado de manos, deshecho de
las heces, uso de letrinas

... AGUA ... utiliza agua hervida o limpia

... ALIMENTACION DEL BEBE ... lactancia materna
exclusiva hasta 6 meses, técnicas
adecuadas de destete y ablactancia

EN QUE CASO LLEVA A SU NIÑO A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

EVACUA ... muy frecuentemente

SED ... tiene más sed de lo común

BOCA ... tiene la boca seca

OJOS ... tiene los ojos hundidos

APARIENCIA ... esta pálido o decaído

ORINA ... orina menos

TEMPERATURA ... tiene fiebre alta

HECES ... evacua con moco o sangre

LLORA ... llora sin lágrimas

SOSPECHA ... de enfermedad sobreagregada

NOCIONES SOBRE TRATAMIENTO DE DIARREA:

Que debe hacer cuando su niño tiene diarrea?

MEDICAMENTOS ... no usa anti-diarréicos ni antibióticos

LIQUIDOS ... proporciona al niño más líquidos que los
que usualmente le da (panetela, té, caldos, sopas)

LECHE ... que continúe dándole lactancia materna

ALIMENTOS ...

... continúa ofreciéndole alimentos

... que ofrezca al niño pequeñas cantidades mas
frecuentemente

SRO ...

... la SRO no cura la diarrea

... la SRO evita la deshidratación

NOCIONES IMPORTANTES SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS:

QUE SON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ... aquellas que
afectan los bronquios, pulmones, nariz, oído, garganta

QUE CAUSA LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ... son
producidas por microbios, bacterias, virus, gérmenes,
contacto con otras personas con IRA

EN QUIENES ES MAS PELIGROSA LA IRA ... niños menores de 5 años,
desnutridos, ancianos

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

POR QUE ES PELIGROSA LA IRA EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS ...
desnutrición, muerte

QUE MEDIDAS SE DEBEN TOMAR PARA PREVENIR LA IRA:
ALIMENTACION ... lactancia materna
AMBIENTAL ... evitar polución, evitar cambios bruscos
de temperatura
VACUNACION ... dpt, sarampión

EN QUE CASO LLEVA A SU NIÑO A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

RESPIRACION ... rápida o tiraje (se le demarcan las costillitas),
agitación, seseo, quejido respiratorio
OIDO ... dolor y/o secreción purulenta
GARGANTA ... roja con pus o membranas
TEMPERATURA ... más que 39 grados o convulsiones
ALIMENTACION ... dificultad para alimentarse
PIEL Y LABIOS ... cianosis
CONCIENCIA ... dificultad para despertarse

QUE MEDIDAS SE DEBEN TOMAR EN CASO DE UN RESFRIO COMUN:

FIEBRE ... medios físicos, antipiréticos
TOS ... no usar antibióticos ni jarabes para tos
ALIMENTACION ... continuar
LIQUIDOS ... abundantes líquidos
TUPIDEZ NASAL... aguita con sal o manzanilla fría

NOCIONES IMPORTANTES SOBRE CRED:

MENCIONE LAS RAZONES POR LAS QUE LLEVARÍA UD. A SUS
NIÑOS A LA POSTA O CENTRO DE SALUD ... para vacunas,
para control de niño sano, que el crecimiento vaya
de acuerdo a la edad

QUE SIGNIFICA SI LA CURVA DE CRECIMIENTO ...

ES ASCENDENTE ... niño sano
ES DESCENDENTE ... niño desnutrido
ES HORIZONTAL ... niño en riesgo

PARA QUE SIRVEN LAS VACUNAS:

... para proteger al niño de enfermedades que pueden
causarle la muerte y/o incapacidad

**DE LAS SIGUIENTES VACUNAS. MENCIONE EL NUMERO
DE DOSIS DE PROTECCION PARA CADA UNA DE ELLAS:**

ANTIPOLIOMIELITICA ... 3-4
LA TRIPLE ... 3
ANTISARAMPIONOSA ... 1
ANTITUBERCULOSA ... 2
ANTITETANICA EN LA GESTANTE ... 2
en cualquier época de embarazo

MENCIONE LA EDAD DE APLICACION DE LAS SIGUIENTES VACUNAS:

LA TRIPLE ... a los 2, 3 y 4 meses
ANTIPOLIOMIELITICA ... al nacer, a los 2, 3 y 4 meses
ANTISARAMPIONOSA ... a los 9 meses
ANTITUBERCULOSA ... al nacer y a partir de los 6 años

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

NOCIONES IMPORTANTES SOBRE EL CONTROL DE LA GESTANTE:

CUANDO ES IMPORTANTE QUE UNA MADRE GESTANTE CONTROLE
SU EMBARAZO ... tan pronto como sea posible
(desde el comienzo del embarazo)

POR QUE ES IMPORTANTE EL CONTROL DE EMBARAZO ... para prevenir
las complicaciones del embarazo tanto para la madre
como para el niño

CON QUE FRECUENCIA SE DEBE CONTROLAR EL EMBARAZO ...
HASTA LOS 6 MESES... mensual
A PARTIR DE LOS 7 MESES ... cada 15 días
A PARTIR DE LOS 8 MESES ... semanal

**QUE SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO LA MOTIVAN A ACUDIR AL
CENTRO DE SALUD, POSTA DE SALUD U HOSPITAL MAS CERCANO:**

- ... hemorragia
- ... fiebre
- ... hinchazón de piernas
- ... ruptura de membranas
- ... contracciones prematuras
- ... vómitos excesivos
- ... vision borrosa
- ... cefalia intensa

**QUE COMPLICACIONES DESPUES DE QUE UD. DA A LUZ
LA HARIA ACUDIR AL CENTRO DE SALUD:**

- SECRECIONES VAGINALES ... mal olientes o purulentos
- MAMAS ...
 - ... dolorosas
 - ... hinchadas
 - ... calientes
- OTROS ...
 - ... fiebre
 - ... hemorragia

QUE ES EL PAPANICOLAU:

- ... el método para detectar cancer del cuello
uterino (de la matriz)

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR:

MENCIONE ALGUNOS METODOS NATURALES PARA
CUIDARSE Y SU USO CORRECTO ...

- ... temperatura
- ... Billings/moco
- ... ritmo
- ... coitus interruptus
- ... otros naturales o folklóricos

MENCIONE ALGUNOS METODOS ARTIFICIALES PARA
CUIDARSE Y SU USO CORRECTO ...

- ... anticonceptivos orales
- ... anticonceptivos hormonales inyectables
- ... DIU o espiral
- ... condon
- ... otros métodos artificiales

CS: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

QUE COMPLICACIONES O EFECTOS SECUNDARIOS PUEDE HABER CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES:

- SNC ... dolor de cabeza
- GINECOLOGICOS ... sangrado
- PIEL ... cambio de color (marrón)
- VASCULARES ... várices
- HEPATICOS ... ojos y piel amarillos

QUE COMPLICACIONES DEL USO DE DIU LE HARIA ACUDIR A UN CENTRO DE SALUD U HOSPITAL MAS CERCANO:

- GINECOLOGICOS ...
 - ... hemorragia abundante
 - ... dolor intenso en el vientre
 - ... descenso
- MENSTRUACION ... suspensión de la regla

GRADO DE SATISFACCION

SATISFACCION CON LA ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD O PUESTO DE SALUD:

CREE UD. QUE EL CENTRO DE SALUD ESTA SUFICIENTE CERCA DE SU CASA?

Complete las siguientes oraciones con la frase (del 1 - 3) que más se acerca a lo que Ud. hace realmente:

- | | | |
|------------|---------|--------------|
| 1 | 2 | 3 |
| NUNCA O | A VECES | SIEMPRE O |
| CASI NUNCA | | CASI SIEMPRE |

EN LOS ULTIMOS 3 MESES, ENCONTRO UD. AL PROFESIONAL QUE SOLICITABA PARA ATENCION?

ESTA CONTENTA CON EL HORARIO DE ATENCION DEL CENTRO DE SALUD?

CUANDO ACUDE AL CENTRO DE SALUD, LA ATIENDEN EN UN TIEMPO RAZONABLE?

CREE UD. QUE EL COSTO POR LOS SERVICIOS QUE LE BRINDA EL CENTRO DE SALUD ES JUSTO ...

- ... consulta medica
- ... analisis
- ... medicinas

PARTICIPACION COMUNITARIA

EN LOS PROGRAMAS DE SALUD, SU COMUNIDAD CUENTA ACTUALMENTE CON EL APOYO DE:

... clubes de madres	NO	SI	N/A	000	_____
... comites de vaso de leche	NO	SI	N/A	000	_____
... comedores populares	NO	SI	N/A	000	_____
... promotores de salud ó delegados de salud	NO	SI	N/A	000	_____
... instituciones benéficas	NO	SI	N/A	000	_____
... agrupaciones religiosas (salud)	NO	SI	N/A	000	_____
... comité de salud	NO	SI	N/A	000	_____
... municipalidad (salud)	NO	SI	N/A	000	_____
... UROS comunales	NO	SI	N/A	000	_____

C.B.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

6

**SU COMUNIDAD PARTICIPA O HE PARTICIPADO
ACTIVAMENTE EN:**

... construcción de letrinas	NO	SI	N/A	000	_____
... actividad de capacitación sobre salud	NO	SI	N/A	000	_____
... trabajo de abastecimiento de agua	NO	SI	N/A	000	_____
... formación de UROS Comunales	NO	SI	N/A	000	_____
... eliminación de la basura	NO	SI	N/A	000	_____
... campañas de vacunación	NO	SI	N/A	000	_____
... acciones de planificación familiar	NO	SI	N/A	000	_____
... acciones del control de embarazo					
... campañas de despistaje de cancer de cuello uterino					
... campaña de vigilancia nutricional					

SATISFACCION CON LA PRESTACION DEL SERVICIO:

Complete las siguientes oraciones con la frase (del 1 - 3) que más se acerca a lo que Ud. hace realmente

1	2	3
NUNCA O	ALGUNAS VECES	SIEMPRE O
CASI NUNCA		CASI SIEMPRE

EN LOS ULTIMOS 3 MESES CUANDO UTILIZO UD. O SU NIÑO EL CENTRO O PUESTO DE SALUD MAS CERCANO, EL PERSONAL QUE LE ATENDIO:

... le dió atención que le pareció buena	_____	N/A	000	_____
... respondió sus preguntas acerca del problema	_____	N/A	000	_____
... le explicó claramente, cual era el problema	_____	N/A	000	_____
... le dijo exactamente que estaban haciendo	_____	N/A	000	_____
... le dijo por qué se hacian ciertos procedimientos	_____	N/A	000	_____
... le explicó claramente por que debía hacer las cosas que le pedían	_____	N/A	000	_____
... no atendio sus necesidades	_____	N/A	116	_____
... le hizo esperar mucho tiempo antes que le atienda				
... le demoraron mucho tiempo en sacarle la historia				
... encontro la historia original				
... respetó el turno de llegada				

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

9

SATISFACCION CON EL TRATO:

Complete el cuadro con la frase (del 1 - 3) que más se acerca a lo que Ud. hace realmente

1 NUNCA O CASI NUNCA 2 ALGUNAS VECES SIEMPRE O CASI SIEMPRE 3

EN LOS ULTIMOS 3 MESES EN QUE UD. LLEVO A SU NIÑO PARA LA ATENCION AL CENTRO O PUESTO DE SALUD MAS CERCANO, EL PERSONAL:

	Admisión	Triaje	Consultorio		
... le interrumpía	_____	_____	_____	N/A	000 _____
... le menospreció	_____	_____	_____	N/A	000 _____
... parecía molesto	_____	_____	_____	N/A	000 _____
... actuó como si le hiciera un favor al hablarle	_____	_____	_____	N/A	000 _____
... parecía estar apurado (a)	_____	_____	_____	N/A	000 _____
... le hizo sentir importante	_____	_____	_____	N/A	000 _____
... finalmente se sintió Ud. bien tratada.	_____	_____	_____	N/A	000 _____

MORTALIDAD

Si no desea contestar, no lo haga. Comienza con "Alguien de su familia ha muerto en el último año?" Después, hace preguntas más específicas.

EN EL ULTIMO AÑO, ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA FALLECIO

NO SI N/A 0 0 _____ 000

Fallecio algun niño menor de 5 años?

000 _____

<1 1 2 3 4

000 _____

EDA _____

000 _____

IRA _____

000 _____

000 _____

000 _____

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

10

HISTORIA:	ORDEN	+0	+1	+2 o +3			---	
				A	B	C		
FRECUENCIA (deposiciones al día)	_____	FH	LHI	<4	4-10	>10	N/A N/O	001_____
VOMITO	_____	FH	LHI	ausentes o pocos	frecuentes	muy frecuentes	N/A N/O	002_____
ORINA	_____	FH	LHI	normal	escasa y oscura	no orino en las últimas 6 horas	N/A N/O	003_____
SED	_____	FH	LHI	normal	aumentada	muy cumplida	N/A N/O	004_____
SANGRE O MOCO en deposiciones	_____	FH	LHI	no	si		N/A N/O	005_____
DURACION de la diarrea	_____	FH	LHI	<14 días	>= 14 días		N/A N/O	006_____
OTROS PROBLEMAS	_____	FH	LHI	no	si		N/A N/O	007_____
TRATAMIENTO EN CASA	_____	FH	LHI	no	si		N/A N/O	008_____

EXAMEN FISICO:

ESTADO GENERAL	_____	FH	LHI	bueno, alerta	indispuesto, somnoliento, irritable	muy somnoliento convulsiones inconciente	N/A N/O	009_____
OJOS	_____	FH	LHI	tono normal hmedos	liger. hundidos pocas lagrimas	muy hundidos sin lagrimas	N/A N/O	010_____
BOCA Y LENGUA	_____	FH	LHI	humedas	secas	muy secas	N/A N/O	011_____
RESPIRACION	_____	FH	LHI	normal	rapida	muy rapida y profunda	N/A N/O	012_____
PIEL (al pellizcar)	_____	FH	LHI	regresa a su lugar rapidamente	regresa lentamente	regresa muy lentamente	N/A N/O	013_____
PULSO (en reposo, sin fiebre)	_____	FH	LHI	normal <100	rapido, 100-140	muy rapido, debil no se palpa	N/A N/O	014_____
FONTANELA	_____	FH	LHI	normal	hundida	muy hundida	N/A N/O	015_____
LLENADO CAPILAR (rubor)	_____	FH	LHI	menor de 2 segundos	de 3 a 10 segundos	mayor de 10 segundos	N/A N/O	016_____
PESO (____ . ____ kg)	_____	FH	LHI	no hubo perdida de peso	perdida de <10% de peso	perdida de >10% de peso	N/A N/O	017_____
ESTADO NUTRICIONAL	_____	FH	LHI		no mas que des- nutricion mod.	desnutricion severa	N/A N/O	018_____
TEMPERATURA	_____	FH	LHI	normal no muy alta	fiebre alta >38.5C		N/A N/O	019_____
ABDOMEN	_____	FH	LHI	normal	distension abdominal		N/A N/O	020_____

DIAGNOSTICO:

DESHIDRATACION	no sabe 0	no tiene deshidratacion 1	tieno deshidratacion 2	deshidratacion grave sin choque hipovolem. 3	deshidratacion grave con choque hipovolem. 4			021_____
OTROS PROBLEMAS	no sabe 0	ninguno 1	fiebre alta 2	sangre o moco en las heces 4	diarrea por mas de 14 dias 8	desnutricion severa 16	distension abdominal 22	022_____ (suma)

ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO:

REHIDRATACION	no sabe 0	Plan A - Prevenir 1	Plan B - SRO 2	Plan C - IV 3				023
ANTIBIOTICOS	no sabe 0	ninguno 1	TMP-SMX 2	ampicilina 4	eritromicina 8	metronidazol 16	otros 32	024 (suma)
OTROS DROGAS	no sabe 0	ninguna 1	lope amida 2	anti-emeticos 4	anti-pireticos 8	otros 16		025 (suma)
OTROS TRATAMIENTOS	no sabe 0	ninguno 1	ref. ore n. medico 2	no da SRO o nada por via oral 4	Investiga por otros problemas 8			026 (suma)

TECNICA DE TRATAMIENTO (PLAN B):

	FALTA HACERLO	LO HACE - INCORRECTO	LO HACE - CORRECTO	N/O N/A	
<i>Preparacion de SRO</i>					
DESCARTA CUALQUIER SOLUCION SRO DEL DIA ANTERIOR	0	1	2	-	027
LAVA LAS MANOS CON JABON Y AGUA	0	1	2	-	028
UTILIZA UTENSILIOS PREVIAMENTE LAVADOS	0	1	2	-	029
OBSERVA LA FECHA DE EXPIRACION DE LA SRO	0	1	2	-	030
OBSERVA EL ESTADO DE CONSERVACION DE LA SRO	0	1	2	-	031
UTILIZA AGUA HERVIDA FRIA O LIMPIA	0	1	2	-	032
MIDE UN LITRO DE AGUA PARA DISOLVER LA SRO	0	1	2	-	033
VIERTE TODO LA SRO DE UN SOBRE EN EL AGUA	0	1	2	-	034
MEZCLA BIEN HASTA QUE EL POLVO SE DISUELVE	0	1	2	-	035
MANTIENE LA SOLUCION SRO TAPADA	0	1	2	-	036
ADMINISTRA LA SOLUCION A LA TEMPERATURA AMBIENTE	0	1	2	-	037
<i>Administracion de SRO</i>					
INVOLUCRA ACTIVAMENTE A LA MADRE EN EL TRATAMIENTO	0	1	2	-	038
ESTIMULA A LA MADRE QUE SIGA AMAMANTANDO AL NIÑO	0	1	2	-	039
ESTIMA LA CANTIDAD OPTIMA DE SRO PARA EL NIÑO	0	1	2	-	040
ADMINISTRA LA SOLUCION CON CUCHARITA	0	1	2	-	041
ADMINISTRA UNA CUCHARITA CADA 1 O 2 MINUTOS	0	1	2	-	042
OBSERVA DE TIEMPO EN TIEMPO PARA VER PROBLEMAS	0	1	2	-	043
ANOTA LA CANTIDAD DE SRO QUE TOMO Y LOS CAMBIOS EN EL ESTADO DE HIDRATACION	0	1	2	-	044
1-2 HORAS DESPUES DE INICIADO:					
EVALUA SIGNOS Y SINTOMAS DE DESHIDRATACION	0	1	2	-	045
EVALUA LA CANTIDAD DE SRO DADO AL NIÑO	0	1	2	-	046
EVALUA EL EFECTO 4-6 HORAS DESPUES DE INICIADO	0	1	2	-	047
SI EL NIÑO ESTA TOMANDO BIEN LA SRO Y MUESTRA SIGNOS DE RECUPERACION, INDICA A LA MADRE QUE ELLA PUEDE CONTINUAR EL TRATAMIENTO EN LA CASA	0	1	2	-	048
SUSPENDE LA SRO CUANDO EL NIÑO YA ESTA HIDRATADO	0	1	2	-	049
	FALTA	LO HACE -	LO HACE -	N/O	

12

	HACERLO	INCORRECTO	CORRECTO	N/A	
Trata con Problemas					
SI EL NIÑO VOMITA:					
DEJA DE DARLE SRO Y ESPERA 10 MINUTOS	0	1	2	-	050___
DA CANTIDADES PEQUENAS A INTERVALOS CORTOS	0	1	2	-	051___
SI LO TOLERA, VUELVE A DARSELA COMO ANTES	0	1	2	-	052___
RECHAZA TOTALMENTE LOS ANTIEMETICOS	0	1	2	-	053___
SI LOS VOMITOS NO PUEDEN CONTROLARSE, PASA A "C"	0	1	2	-	054___
(HORA 1-2): SI LA INGESTA DE LA SRO HA SIDO POCO, SI EL NINO LA RECHAZA, O SI NO HA MEJORADO, SE ALENTA A LA MADRE A ADMINISTRARLA CON MAS FRECUENCIA	0	1	2	-	055___
SI LA MADRE NO ES CAPAZ DE DAR TRATAMIENTO A SU NINO, DA MAS APOYO DIRECTO	0	1	2	-	056___
(HORA 4-6): SI EL NIÑO NO HA MEJORADO PERO NO ESTA PEOR, CONTINUA CON LA VIA ORAL POR 2-3 HORAS MAS	0	1	2	-	057___
SI EL NIÑO ESTA EMPEORANDO, PASA A "C"	0	1	2	-	058___

ESTRATEGIA DE LA PROMOCION/EDUCACION A LA MADRE:

PARA ACTIVIDADES:

DEMUESTRA CADA ETAPA	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	059___
REQUIERE QUE LA MADRE LO HAGA	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	060___
DA ALABANZAS CUANDO LO HACE CORRECTO	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	061___

PARA INDICACIONES; SE CERCIOA DE QUE LA MADRE LAS ENTENDIERA COMPLETAMENTE:

POR PREGUNTAS ESPECIFICAS	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	062___
LE PIDE QUE REPITA EN OTRAS PALABRAS	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	063___
USA LENGUAJE FACIL DE ENTENDER	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	064___
EXPLICA COSAS EN DETALLE APROPRIADO	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	065___
PROPORCIONA MATERIAL EDUCATIVO	NADA	1.....	2.....	3 MUCHO			-	066___

13

CONTENIDO DE LA PROMOCION/EDUCACION A LA MADRE:

	FALTA HACERLO	LO HACE - INCORRECTO	LO HACE - CORRECTO	N/O N/A	
<i>Indicaciones específicas del tratamiento de Plan B</i>					
PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO					
EXPLICA A LA MADRE:					
PROSCRIBE USO DE ANTIDIARREICOS Y ANTIIBIOTICO	0	1	2	-	067___
QUE PROPORCIONE AL NIÑO MAS LIQUIDOS QUE LOS QUE USUALMENTE LE DA (PANETELA, TE, CALDOS, SOPAS)	0	1	2	-	068___
QUE CONTINUE DANDOLE LACTANCIA MATERNA	0	1	2	-	069___
SI EL NIÑO VOMITA ADMINISTRELE LOS LIQUIDOS EN CUCHARITAS O CON GOTERO LENTAMENTE	0	1	2	-	070___
QUE LE PROPORCIONE ALIMENTOS FACILES DE DIGERIR	0	1	2	-	071___
QUE OFREZCA AL NIÑO PEQUENAS CANTIDADES DE ALIMENTOS CADA 3-4 HORAS DURANTE LA DIARREA	0	1	2	-	072___
EL TRATAMIENTO PROPORCIONADO Y LAS RAZONES	0	1	2	-	073___
EXPLICA A LA MADRE QUE DERIVE AL MEDICO SI LA DIARREA PERSISTE Y/O SE ACREGAN OTRAS SINTOMAS	0	1	2	-	074___
PREPARACION Y USO DE SRO:					
DURA SOLO 24 HORAS	0	1	2	-	075___
NO SE HIERVE	0	1	2	-	076___
NO ADMINISTRE SRO Y SC SIMULTANEAMENTE	0	1	2	-	077___
COMO PREPARAR LA SRO O SUERO CASERO (SC)	0	1	2	-	078___
COMO ADMINISTRAR LA SRO O SC	0	1	2	-	079___
QUE LA SRO O SC NO PARA LA DIARREA	0	1	2	-	080___
EVALUE AL NIÑO FRECUENTEMENTE	0	1	2	-	081___
OFRECE SRO O SC AL NIÑO FRECUENTEMENTE Y DESPUES CADA EVACUACION	0	1	2	-	082___
PROPORCIONA SRO PARA EL TRATAMIENTO A LA CASA	0	1	2	-	083___
EXPLICA SIGNOS DE DESHIDRATACION:					
QUE BUSQUE SIGNOS DE DESHIDRATACION Y/O OTROS PROBLEMAS, Y SI LOS PRESENTARA, LLEVAR AL NIÑO AL TRABAJADOR DE SALUD MAS CERCANO:					
EVACUA MUY FRECUENTEMENTE	0	1	2	-	084___
TIENE MAS SED DE LO COMUN	0	1	2	-	085___
TIENE LA BOCA SECA	0	1	2	-	086___
TIENE LOS OJOS HUNDIDOS O LLORA SIN LAGRIMAS	0	1	2	-	087___
ESTA PALIDO O DECAIDO	0	1	2	-	088___
ORINA MENOS	0	1	2	-	089___
TIENE FIEBRE ALTA	0	1	2	-	090___
EVACUA CON MOCO O SANGRE	0	1	2	-	091___
NOCIONES SOBRE DIARREA	0	1	2	-	092___
EXPLICA SOBRE MEDIDAS DE PREVENCION DE LA DIARREA:					
HIGIENE PERSONAL Y DOMESTICA	0	1	2	-	093___
PREPARACION DE ALIMENTOS	0	1	2	-	094___

	FALTA HACERLO	LO HACE - INCORRECTO	LO HACE - CORRECTO	
UTILIZACION DE AGUA HERVIDA O LIMPIA	0	1	2	- 095__
LACTANCIA MATERNA Y/O ABLACTANCIA	0	1	2	- 096__
VACUNACION CONTRA EL SARAMPION	0	1	2	- 097__

COMPORTAMIENTO:

SALUDO A LA MADRE Y/O NIÑO	0	1	2	098__
SE PRESENTO A SI MISMA	0	1	2	099__
ACARICIO AL NIÑO	0	1	2	100__

ACTITUDES:

POCO INTERESADO/ABURRIDO	1..... 2..... 3..... 4..... 5	INTERESADO	101__
ENOJADO/IRRITABLE	1..... 2..... 3..... 4..... 5	AMABLE/AMISTOSO	102__
PREOCUPADO/NERVIOSO	1..... 2..... 3..... 4..... 5	TRANQUILO/CONFIADO	103__
ARROGANTE/DESALABADOR	1..... 2..... 3..... 4..... 5	RESPECTUOSO/ALABADOR	104__

SATISFACCION CON EL SERVICIO

(Evaluación de la "madre" en el sociodrama)

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUENTAMENTE	SIEMPRE

SATISFACCION CON LA PRESTACION DEL SERVICIO

LA AUXILIAR (ENFERMERA) ...				
... me dió atención que me pareció buena	___	N/A		105__
... respondió mis preguntas acerca del problema	___	N/A		106__
... me explicó claramente, cual era el problema	___	N/A		107__
... me dijo exactamente que estaban haciendo	___	N/A		108__
... me dijo porqué se hacían ciertos procedimientos	___	N/A		109__
... me explicó claramente porque debía hacer las cosas que me pedían	___	N/A		110__

SATISFACCION CON EL TRATO

LA AUXILIAR (ENFERMERA) ...				
... me interrumpía	___	N/A		111__
... me menospreció	___	N/A		112__
... parecía molesto	___	N/A		113__
... actuó como si me hiciera un favor al hablarme	___	N/A		114__
... parecía estar apurado	___	N/A		115__
... me hizo sentir importante	___	N/A		116__

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

5

HISTORIA

	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
<i>DEL NIÑO:</i>					
NOMBRE	0	1	2	-	001 _____
FECHA DE NACIMIENTO	0	1	2	-	002 _____
LUGAR DE NACIMIENTO	0	1	2	-	003 _____
PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO	0	1	2	-	004 _____
TIPO DE PARTO	0	1	2	-	005 _____
No. DE HIJO	0	1	2	-	006 _____
CONDICION AL NACER	0	1	2	-	007 _____
PESO AL NACER	0	1	2	-	008 _____
TALLA AL NACER	0	1	2	-	009 _____
EVOLUCION	0	1	2	-	010 _____
OBSERVACIONES	0	1	2	-	011 _____
INMUNIZACIONES	0	1	2	-	012 _____
ALIMENTACION QUE RECIBE	0	1	2	-	013 _____
<i>FAMILIAR:</i>					
NOMBRE DEL PADRE	0	1	2	-	014 _____
EDAD	0	1	2	-	015 _____
ESTADO CIVIL	0	1	2	-	016 _____
OCUPACION	0	1	2	-	017 _____
GRADO DE INSTRUCCION	0	1	2	-	018 _____
No. DE DEPENDIENTES	0	1	2	-	019 _____
NOMBRE DE LA MADRE	0	1	2	-	020 _____
EDAD	0	1	2	-	021 _____
ESTADO CIVIL	0	1	2	-	022 _____
OCUPACION	0	1	2	-	023 _____
GRADO DE INSTRUCCION	0	1	2	-	024 _____
CONTROL DEL EMBARAZO	0	1	2	-	025 _____
ENFERMEDADES DEL EMBARAZO	0	1	2	-	026 _____
ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LOS PADRES	0	1	2	-	027 _____
OBSERVACIONES DE IMPORTANCIA (Si está en el Prog. Plan. Fami).	0	1	2	-	028 _____

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

16

FALTA LO HACE LO HACE N/O
 HACERLO INCORRECTO CORRECTO N/A

EXAMEN FISICO

SOMATOMETRIA

Medición del peso

Hasta los 15 meses

CON PAÑAL GRADUA LA BALANZA EN 0 Kg 0 1 2 - 029 _____

COLOCA AL NIÑO SIN ROPA EN LA BALANZA
 (Que no quede parte del cuerpo del
 niño fuera de la balanza) 0 1 2 - 030 _____

HACE COINCIDIR EL PESO CON MARCA EN KG Y GRS 0 1 2 - 031 _____

ESPERA QUE LA AGUJA SE DETENGA 0 1 2 - 032 _____

De 15 meses a más

GRADUA LA BALANZA DE PIE 0 1 2 - 033 _____

COLOCA AL NIÑO EN LA BALANZA
 ALIGERADO DE ROPAS (SIN ZAPATOS) 0 1 2 - 034 _____

EXCEPCIONALMENTE: PESA AL NIÑO CON LA
 MADRE (DESCONTANDO EL PESO DE LA MADRE) 0 1 2 - 035 _____

HACE COINCIDIR EL PESO CON MARCA EN KG Y GRS 0 1 2 - 036 _____

ESPERA QUE LA AGUJA SE DETENGA 0 1 2 - 037 _____

Medición de la talla

Hasta los 24 meses

ACUESTA AL NIÑO DE ESPALDAS SOBRE LA
 CAMILLA O TALLIMETRO: DECUBITO SUPINO 0 1 2 - 038 _____

PIDE A LA MADRE QUE LE COJA LA CABEZA 0 1 2 - 039 _____

PRESIONA SUS RODILLAS CON LA MANO
 IZQUIERDA Y CON LA DERECHA CORRE LA TABLILLA 0 1 2 - 040 _____

COLOCA SUS PIES JUNTOS CON LAS PLANTAS
 PEGADAS A LA TABLILLA EN ANGULO RECTO 0 1 2 - 041 _____

En pre-escolares y escolares

COLOCA AL NIÑO DE ESPALDAS AL
 TALLIMETRO SIN ZAPATOS NI CALCETINES 0 1 2 - 042 _____

TALONES JUNTOS, GUTEOS, ESPALDA Y
 PLANO POSTERIOR DE LA CABEZA EN CONTACTO
 CON EL TALLIMETRO, MIRADA AL FRENTE 0 1 2 - 043 _____

MIDE LA ESTATURA DEL ULTIMO CENTIMETRO
 COMPLETO COLOCANDO UNA SUPERFICIE
 PLANA (REGLA) SOBRE LA CABEZA 0 1 2 - 051 _____

EXCEPCIONALMENTE TALLA EN INFANTOMETRO 0 1 2 - 052 _____

Medición del perímetro cefálico

COLOCA LA CINTA METRICA PASANDO
 POR LA PROMINENCIA MAYOR DE LA REGION
 OCCIPITAL BORDEANDO LOS ARCOS CILIARES 0 1 2 - 053 _____

Medición del perímetro torácico

RODEA CON LA CINTA METRICA LA
 ESPALDA TERMINANDO EN EL ESTERNON
 POR ENCIMA DE LAS MAMILAS 0 1 2 - 054 _____

TOMA LA MEDICION EN LA ESPIRACION 0 1 2 - 055 _____

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

17

	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
<i>Medición del perímetro braquial</i>					
RODEA CON CINTA METRICA SIN AJUSTAR LA PARTE MEDIA DEL BRAZO IZQUIERDO DESCUBIERTO COLGADO SIN TENSION PEGADO AL CUERPO	0	1	2	-	056 _____
<i>EXAMEN FISICO DIRECTO</i>					
SE LAVA LAS MANOS	0	1	2	-	057 _____
DETERMINA ESTADO GENERAL (Higiene, nutrición, hidratación)	0	1	2	-	058 _____
TOMA LA TEMPERATURA (rectal: lactantes, axilar: mayores)	0	1	2	-	059 _____
EXAMINA LA PIEL	0	1	2	-	060 _____
PALPA FONTANELAS	0	1	2	-	061 _____
EXAMINA CUERO CABELLUDO	0	1	2	-	062 _____
EXAMINA OJOS	0	1	2	-	063 _____
MAYOR DE 3 AÑOS: PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL	0	1	2	-	064 _____
EXAMINA OIDOS	0	1	2	-	065 _____
EXAMINA NARIZ	0	1	2	-	066 _____
EXAMINA BOCA: MUCOSAS Y DIENTES	0	1	2	-	067 _____
EXAMINA FARINGE	0	1	2	-	068 _____
EXAMINA CUELLO	0	1	2	-	069 _____
EXAMINA MAMILAS	0	1	2	-	070 _____
CONTROLA FC Y FR	0	1	2	-	071 _____
AUSCULTA CAMPOS PULMONARES	0	1	2	-	072 _____
AUSCULTA RUIDOS CARDIACOS	0	1	2	-	073 _____
EXAMINA CORDON O CICATRIZ UMBILICAL	0	1	2	-	074 _____
EXAMINA ABDOMEN	0	1	2	-	075 _____
EXAMINA APARATO GENITO URINARIO	0	1	2	-	076 _____
OBSERVA POSTURA DEL NIÑO	0	1	2	-	077 _____
EXAMINA COLUMNA VERTEBRAL	0	1	2	-	078 _____
REALIZA EXAMEN DE CADERAS (EN LACTANTES)	0	1	2	-	079 _____
EVALUA TONO MUSCULAR	0	1	2	-	080 _____
HUELLA PLANTAR (EN PRE-ESCOLARES: PIE PLANO)	0	1	2	-	081 _____
EVALUA GANGLIOS LINFATICOS	0	1	2	-	082 _____
REFLEJOS EN EL RN (MORO, SUCCION, PREHENSION)	0	1	2	-	083 _____
REFLEJO OSTEO-TENDINOSOS (PRE-ESCOLARES)	0	1	2	-	084 _____
<i>DESARROLLO PSICOMOTOR</i>					
EXPLICA A LOS PADRES LA INTENCION DEL EXAMEN	0	1	2	-	085 _____
CALCULA LA EDAD EXACTA (AÑOS, MESES, DIAS)	0	1	2	-	086 _____
SI PREMATURIDAD REALIZA EL AJUSTE NECESARIO	0	1	2	-	087 _____
EN CARTILLA DE DENVER TRAZA LA LINEA PARA EVALUACION SEGUN LA EDAD	0	1	2	-	088 _____

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

18

	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
USA MATERIAL PARA EL TEST DE ACUERDO A LA EDAD	0	1	2	-	089 _____
DA TRANSFERENCIA EN CASO DE EXISTIR MAS DE DOS R EN DOS SECTORES DEL EXAMEN	0	1	2	-	090 _____

CONTENIDO DE LA PROMOCION /EDUCACION A LA MADRE:

Indicaciones específicas

EXPLICO A LA MADRE ACERCA DE :

IMPORTANCIA DEL CONTROL DE NIÑO SANO	0	1	2	-	091 _____
Situación de salud del niño:					
SI SU PESO ES ADECUADO PARA SU EDAD	0	1	2	-	092 _____
SI SU TALLA ES ADECUADA PARA SU EDAD	0	1	2	-	093 _____
SU ESTADO DE NUTRICION	0	1	2	-	094 _____
SI SU DESARROLLO PSICOMOTOR ES ADECUADO PARA SU EDAD	0	1	2	-	095 _____
SI ENCONTRO ALGUNA ANORMALIDAD EN EL EXAMEN FISICO	0	1	2	-	096 _____
INTERPRETACION DE LOS MENSAJES DE LA GRAFICA DE CRECIMIENTO DEL CARNET	0	1	2	-	097 _____
DA CITA PARA NUEVO CONTROL	0	1	2	-	098 _____

Indicaciones generales

LACTANCIA MATERNA:

AVERIGUA PROBLEMAS	0	1	2	-	099 _____
EXPLICA VENTAJAS	0	1	2	-	100 _____
POSICION CORRECTA PARA LACTAR	0	1	2	-	101 _____
HIGIENE ANTES Y DESPUES DE LACTAR	0	1	2	-	102 _____

ALIMENTACION AL DESTETE:

ABLACTANCIA A PARTIR DE LOS 6 MESES	0	1	2	-	103 _____
INTRODUCCION PAULATINA DE LOS ALIMENTOS	0	1	2	-	104 _____
HIGIENE DE LOS ALIMENTOS	0	1	2	-	105 _____
IMPORTANCIA DE UNA DIETA BALANCEADA	0	1	2	-	106 _____
DA INDICACIONES ESCRITAS PARA LA ABLACTANCIA Y/O ALIMENTACION	0	1	2	-	107 _____

INMUNIZACIONES:

IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS	0	1	2	-	108 _____
CALENDARIO DE INMUNIZACIONES	0	1	2	-	109 _____

NORMAS DE HIGIENE Y SANEAMIENTO AMBIENTAL:

EDUCACION PREVENTIVA DE EDA	0	1	2	-	110 _____
EDUCACION PREVENTIVA DE IRA	0	1	2	-	111 _____

ESTIMULACION TEMPRANA:

HABITOS DE EVACUACION	0	1	2	-	112 _____
-----------------------	---	---	---	---	-----------

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
A HABLAR, CAMINAR, VESTIRSE	0	1	2	-	113 _____
PLANIFICACION FAMILIAR	0	1	2	-	114 _____
TRANSFIERE EN CASO DE PROBLEMAS	0	1	2	-	115 _____

ESTRATEGIA DE LA PROMOCION/EDUCACION A LA MADRE:

EXPLICA HALLAZGOS DEL EXAMEN	0	1	2	-	116 _____
PARA INDICACIONES; SE CERCIOA DE QUE LA MADRE LAS ENTENDIERA COMPLETAMENTE:					
POR PREGUNTAS ESPECIFICAS		NUNCA 1.....2.....3.....4.....5 SIEMPRE			117 _____
LE PIDE QUE REPITA EN OTRAS PALABRAS		NUNCA 1.....2.....3.....4.....5 SIEMPRE			118 _____
USA LENGUAJE FACIL DE ENTENDER		NUNCA 1.....2.....3.....4.....5 SIEMPRE			119 _____
EXPLICA COSAS EN DETALLE APROPIADO		NUNCA 1.....2.....3.....4.....5 SIEMPRE			120 _____
PROPORCIONA MATERIAL EDUCATIVO		NADA 1.....2.....3 MUCHO			121 _____

DEL LLENADO DE LA DOCUMENTACION:

LLENA CORRECTAMENTE EL REGISTRO O LA FICHA CLINICA	0	1	2	-	122 _____
LLENA CORRECTAMENTE EL CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	0	1	2	-	123 _____
ANOTA EL PESO QUE MARCA LA BALANZA	0	1	2	-	124 _____
<i>Gráfica del peso: (Carnet de CRE)</i>					
HACE COINCIDIR EL PESO CON LA EDAD DEL NIÑO MARCANDOLO CON PUNTO	0	1	2	-	125 _____
<i>Si segundo o siguientes controles:</i>					
TRAZA UNA LINEA RECTA ENTRE EL PUNTO ACTUAL Y EL ANTERIOR	0	1	2	-	126 _____
LLENA EL DUPLICADO DE CARNET U HOJA GRAFICA MEDICION DE LA TALLA	0	1	2	-	127 _____
<i>Medición de la Talla</i>					
ANOTA EN LA HOJA DE CONTROL LA TALLA EXACTA	0	1	2	-	128 _____
<i>Gráfica de la talla:</i>					
HACE COINCIDIR LA TALLA CON LA EDAD DEL NIÑO MARCANDOLO CON UN PUNTO	0	1	2	-	129 _____
<i>Si segundo o siguientes controles</i>					
TRAZA UNA RECTA UNIENDO EL PUNTO ACTUAL CON EL ANTERIOR	0	1	2	-	130 _____
<i>Otras mediciones</i>					
ANOTA EN LA HOJA DE CONTROL	0	1	2	-	131 _____
<i>Examen físico directo</i>					
ANOTA EN HISTORIA CADA TOPICO EXAMINADO	0	1	2	-	132 _____
<i>Desarrollo Fisiológico</i>					
ANOTA EN CADA ITEM LO ENCONTRADO EN EL EXAMEN (A,NA,R,SO)	0	1	2	-	133 _____
ANOTA LA FECHA DEL EXAMEN Y LAS OSBERVACIONES PERTINENTES	0	1	2	-	134 _____

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

20

COMPORTAMIENTO

SALUDO A LA MADRE Y/O NIÑO	0	1	2	-	135	___
SE PRESENTO A SI MISMA	0	1	2	-	136	___
ACARICIO AL NIÑO	0	1	2	-	137	___
ACTITUDES:						
POCO INTERESADO/ABURRIDO	1..... 2..... 3..... 4..... 5	INTERESADO	138	___		
ENOJADO/IRRITABLE	1..... 2..... 3..... 4..... 5	AMABLE/AMISTOSO	139	___		
PREOCUPADO/NERVIOSO	1..... 2..... 3..... 4..... 5	TRANQUILO/CONFIADO	140	___		
ARROGANTE/DESALABADOR	1..... 2..... 3..... 4..... 5	RESPECTUOSO/ALABADOR	141	___		

SATISFACCION CON EL SERVICIO

(Evaluación de la "madre" en el sociodrama)

1 2 3 4 5
 NUNCA MUY RARA VEZ ALGUNAS VECES FRECUENTAMENTE SIEMPRE

SATISFACCION CON LA PRESTACION DEL SERVICIO

LA AUXILIAR (ENFERMERA) ...

... me dió atención que me pareció buena	___	N/A	142	___
... respondió mis preguntas acerca del problema	___	N/A	143	___
... me explicó claramente, cual era el problema	___	N/A	144	___
... me dijo exactamente que estaban haciendo	___	N/A	145	___
... me dijo porqué se hacían ciertos procedimientos	___	N/A	146	___
... me explicó claramente porque debía hacer las cosas que me pedían	___	N/A	147	___

SATISFACCION CON EL TRATO

LA AUXILIAR (ENFERMERA) ...

... me interrumpía	___	N/A	148	___
... me menospreció	___	N/A	149	___
... parecía molesto	___	N/A	150	___
... actuó como si me hiciera un favor al hablarme	___	N/A	151	___
... parecía estar apurado	___	N/A	152	___
... me hizo sentir importante	___	N/A	153	___

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

21

HISTORIA:

	ORDEN	+0	+1	***** 0	+2 o +3 A	***** B	C		
DOLOR DE OIDO	___	FH	LHI	NO		persistente con ó sin secreción purulenta		N/A N/O	01 ___
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	___	FH	LHI	NO			si	N/A N/O	02 ___
DIFICULTAD PARA BEBER	___	FH	LHI	NO			si	N/A N/O	03 ___
TIEMPO DE ENFERMEDAD	FH	LHI			< de 15 días		N/A N/O	04
SECRECION NASAL	___	FH	LHI		no		si	N/A N/O	05 ___
TOS	___	FH	LHI		no		si	N/A N/O	06 ___
PIEBRE	___	FH	LHI		no		si	N/A N/O	07 ___
OTROS PROBLEMAS	___	FH	LHI		no		si	N/A N/O	08 ___
TRATAMIENTO EN CASA	FH	LHI		no		si	N/A N/O	09

EXAMEN FISICO:

ESTADO GENERAL	___	FH	LHI	N	bueno, alerta	agitado indispuesto	dificultad para despertar	N/A N/O	10 ___
OROFARINGE	___	FH	LHI	N	dolor y enrojecimiento	enrojecida y con pus	con membranas grisáceas	N/A N/O	11 ___
SECRECION DE OIDO	___	FH	LHI	NO		dolor con ó sin sec. purulenta		N/A N/O	12 ___
FRECUENCIA RESPIRATORIA	___	FH	LHI	N	< de 50x'	> de 50x'		N/A	13 ___
TIRAJE	___	FH	LHI	NO			si	N/A N/O	14 ___
ESTRIDOR EN REPOSO	___	FH	LHI	NO			si	N/A N/O	15 ___
GANGLIOS CERVICALES	___	FH	LHI	NO			si	N/A N/O	16 ___
SECRECION NASAL	___	FH	LHI		no		si	N/A N/O	17 ___
TEMPERATURA	___	FH	LHI		normal, no muy alta		fiebre >38.5 C	N/A N/O	18 ___
ESTADO NUTRICIONAL	___	FH	LHI		no mas que desnutrición mod.		desnutrición severa	N/A N/O	19 ___

DIAGNOSTICO:

IRA	no sabe 0	no tiene IRA 1	tiene IRA leve 2	tiene IRA moderada 3	tiene IRA grave 4				20 ___
-----	--------------	----------------------	------------------------	----------------------------	-------------------------	--	--	--	--------

SIGNOS QUE ASOCIADOS A LA IRA LE CONFIEREN GRAVEDAD:

no sabe 0	ninguno 1	dificultad para beber 2	convulsiones 4	desnutrición grave 8	deshidratación grave 16	dificultad para despertar 32			21 ___
--------------	--------------	----------------------------	-------------------	-------------------------	----------------------------	---------------------------------	--	--	--------

22

ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO:

IRA	no sabe 0	Plan A 1	Plan B 2	Plan C 3		22	
ANTIBIOTICOS	no sabe 0	ninguno 1	cotrimoxazol 2	penicilina 4	ampicilina 8	otros 16	23
OTRAS DROGAS	no sabe 0	ninguna 1	antitusígenos 2	espectorantes 4	antipiréticos 8	otros 16	24
OTROS TRATAMIENTOS	no sabe 0	ninguno 1	refiere al medico 2		investiga otros problemas 4		25

ESTRATEGIA DE LA PROMOCION/EDUCACION A LA MADRE:

PARA INDICACIONES; SE CERCIOA DE QUE LA MADRE LAS ENTENDIERA COMPLETAMENTE:

POR PREGUNTAS ESPECIFICAS	NUNCA 1..... 2..... 3..... 4..... 5 SIEMPRE	-	26
LE PIDE QUE REPITA EN OTRAS PALABRAS	NUNCA 1..... 2..... 3..... 4..... 5 SIEMPRE	-	27
USA LENGUAJE FACIL DE ENTENDER	NUNCA 1..... 2..... 3..... 4..... 5 SIEMPRE	-	28
EXPLICA COSAS EN DETALLE APROPIADO	NUNCA 1..... 2..... 3..... 4..... 5 SIEMPRE	-	29
PROPORCIONA MATERIAL EDUCATIVO	NADA 1..... 2..... 3 MUCHO	-	30

CONTENIDO DE LA PROMOCION/EDUCACION A LA MADRE:

	FALTA HACERLO	LO HACE - INCORRECTO	LO HACE - CORRECTO	N/O N/A	
<i>Indicaciones específicas de PLAN A</i>					
ORIENTA A LA MADRE SOBRE MEDIDAS DE APOYO:					
DESOBSTRUIR LA NARIZ TUPIDA	0	1	2	-	31
DAR ABUNDANTES LIQUIDOS	0	1	2	-	32
ESTIMULA LA ALIMENTACION DEL NIÑO	0	1	2	-	33
CONTROL DE LA TEMPERATURA	0	1	2	-	34
NO DAR JARABES PARA LA TOS	0	1	2	-	35
ANTE LA PRESENCIA DE POLIPNEA LLEVAR AL NIÑO AL CENTRO DE SALUD	0	1	2	-	36
ACIDO ACETIL SALICILICO (15mg/kg/dosis, c/6hrs)	0	1	2	-	37
OTROS ANTIPIRETIICOS	0	1	2	-	38

17

FALTA HACERLO LO HACE - INCORRECTO LO HACE - CORRECTO N/O N/A

Indicaciones específicas de PLAN B
(todo lo anterior más...)

NIÑOS DE 3 MESES A 4 AÑOS COTRIMOXAZOL (3-10MG/KG/DIA 2 DOSIS- C/12HRS)	0	1	2	-	39
NIÑOS CON FARINGITIS-ENTRE 2-4 AÑOS PENICILINA BENZATINICA (600,000 UI IM, DOSIS UNICA)	0	1	2	-	40
REEVALUACION A LAS 48 HORAS	0	1	2	-	41

Indicaciones Generales

Medidas de prevención de IRA

INMUNIZACIONES	0	1	2	-	42
LACTANCIA MATERNA	0	1	2	-	43
NUTRICION APROPIADA	0	1	2	-	44
CONTROL DE AMBIENTE DOMESTICO	0	1	2	-	45
HIGIENE PERSONAL Y DOMESTICA	0	1	2	-	46
PREPARACION DE ALIMENTOS	0	1	2	-	47
UTILIZACION DE AGUA HERVIDA O LIMPIA	0	1	2	-	48

COMPORTAMIENTO:

SALUDO A LA MADRE Y/O NIÑO	0	1	2		49		
SE PRESENTO A SI MISMA	0	1	2		50		
ACARICIO AL NIÑO	0	1	2		51		
ACTITUDES:							
POCO INTERESADO/ABURRIDO	1.....	2.....	3.....	4.....	5	INTERESADO	52
ENOJADO/IRRITABLE	1.....	2.....	3.....	4.....	5	AMABLE/AMISTOSO	53
PREOCUPADO/NERVIOSO	1.....	2.....	3.....	4.....	5	TRANQUILO/CONFIADO	54
ARROGANTE/DESLABADOR	1.....	2.....	3.....	4.....	5	RESPECTUOSO/ALABADOR	55

SATISFACCION CON EL SERVICIO

(Evaluación de la "madre" en el sociodrama)

1 NUNCA 2 MUY RARA VEZ 3 ALGUNAS VECES 4 FRECUENTEMENTE 5 SIEMPRE

SATISFACCION CON LA PRESTACION DEL SERVICIO

LA AUXILIAR (ENFERMERA) ...						
... me dió atención que me pareció buena					N/A	56
... respondió mis preguntas acerca del problema					N/A	57
... me explicó claramente, cual era el problema					N/A	58
... me dijo exactamente que estaban haciendo					N/A	59
... me dijo porqué se hacían ciertos procedimientos					N/A	60
... me explicó claramente porque debía hacer las cosas que me pedían					N/A	61

24

SATISFACCION CON EL TRATO

LA AUXILIAR (ENFERMERA) ...

... me interrumpía	___	N/A	62 ___
... me menospreció	___	N/A	63 ___
... parecía molesto	___	N/A	64 ___
... actuó como si me hiciera un favor al hablarme	___	N/A	65 ___
... parecía estar apurado	___	N/A	66 ___
... me hizo sentir importante	___	N/A	67 ___

25

HISTORIA

	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
EDAD DEL NIÑO	0	1	2	-	001___
SOLICITA CARNET	0	1	2	-	002___
SI NO TIENE CARNET PREGUNTA VACUNAS Y DOSIS RECIBIDAS	0	1	2	-	003___

EXAMEN FISICO

	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
ESTA ENFERMO EL NIÑO?	0	1	2	-	004___

DIAGNOSTICO

CONOCE QUE LAS SIGUIENTES, NO SON
CONTRAINDICACIONES PARA LAS VACUNAS?

	NO SABE	SABE PERO APLICA INCORRECTAMENTE	SABE Y APLICA CORRECTAMENTE	N/O N/A	
DIARREA	0	1	2	-	005___
RESFRIO	0	1	2	-	006___
GRANITOS EN LA PIEL	0	1	2	-	007___
FIEBRE	0	1	2	-	008___
DESNUTRICION	0	1	2	-	009___
TOS	0	1	2	-	010___

TECNICA DE VACUNACION

POLIO- Recibe?

	NO		SI		
	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
<i>Preparación (Polio):</i>					
COGÉ EL FRASCO VERTICALMENTE POR EL CUELLO SI FRASCO NUEVO CONFIRMA EL NOMBRE Y FECHA DE EXPIRACION	0	1	2	-	s 011___
QUITA EL ANILLO METALICO Y EL TAPON DE JEBE SIN TOCAR EL BORDE DEL FRASCO	0	1	2	-	s 013___
ABRE LA ENVOLTURA DEL GOTERO COGIENDOLO POR EL PROTECTOR	0	1	2	-	s 014___
COLOCA EL GOTERO EN LA BOCA DEL FRASCO COGIDO POR EL CUELLO Y RETIRA LA ENVOLTURA	0	1	2	-	s 015___
COLOCA LA VACUNA PREPARADA EN LA CAJA TERMICA ALIENANTE	0	1	2	-	c 016___
<i>Aplicación (Polio):</i>					
LACTANTE: DECUBITO DORSAL SOBRE LA FALDA DE SU MADRE	0	1	2	-	t 017___
NIÑO MAYOR: SENTADO SOBRE LA FALDA DE SU MADRE	0	1	2	-	t 018___
SACA EL PROTECTOR DEL GOTERO	0	1	2	-	s 019___
COGE AL NIÑO DE LOS CARRILLOS ABRIENDOLE LA BOCA	0	1	2	-	t 020___
APLICA 2 O 3 GOTAS EN LA BOCA	0	1	2	-	t 021___

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

76

	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
EVITA CONTACTO CON EL GOTERO	0	1	2	-	s 022
COLOCA EL PROTECTOR AL GOTERO Y LO DEJA EN LA CAJA TERMICA	0	1	2	-	s 023

DPT- Recibe? NO SI

Preparación (DPT):

La jeringa

SACA UNA JERINGA NUEVA DE SU ENVOLTURA	0	1	2	-	s 024
USA JERINGA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	-	s 025
MANTIENE LA ESTERILIDAD DE LA JERINGA	0	1	2	-	s 026
USA UNA AGUJA NUEVA	0	1	2	-	s 027
USA UNA AGUJA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	-	s 028
MANTIENE LA ESTERILIDAD AL ASEGURAR LA AGUJA A LA JERINGA	0	1	2	-	s 029

Del biológico

FRASCO NUEVO

COGE EL FRASCO VERTICALMENTE POR EL CUELLO	0	1	2	-	s 030
CONFIRMA NOMBRE Y FECHA DE EXPIRACION	0	1	2	-	E 031
AGITA LENTAMENTE EN FORMA CIRCULAR HASTA QUE LA SOLUCION SEA HOMOGENEA	0	1	2	-	P 032
MIRA SI HAY SEDIMENTO	0	1	2	-	E 033
SI HAY SEDIMENTO DESCARTA EL FRASCO	0	1	2	-	E 034
RETIRA SELLO DE PROTECCION SIN TOCAR EL JEBE	0	1	2	-	s 035
LIMPIA EL JEBE CON ALCOHOL Y/O AGUA ESTERIL	0	1	2	-	s 036
ESPERA HASTA QUE EVAPORE	0	1	2	-	P 037
COLOCA EL FRASCO EN LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	c 038
TAPA CORRECTAMENTE LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	c 039

FRASCO YA PREPARADO

COGE EL FRASCO POR EL CUELLO	0	1	2	-	s 040
LIMPIA EL JEBE CON ALCOHOL Y/O AGUA ESTERIL	0	1	2	-	s 041
ESPERA HASTA QUE EVAPORE	0	1	2	-	P 042
INYECTA AIRE AL FRASCO	0	1	2	-	P 043
EXTRAE (1 dosis=0.5cc) DE VACUNA DEL FRASCO	0	1	2	-	P 044
SACA EL AIRE DE LA JERINGA	0	1	2	-	P 045
SI QUEDA VACUNA COLOCA EL FRASCO EN LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	c 046
TAPA CORRECTAMENTE LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	c 047

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

21

Aplicación (DPT):	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
COLOCA AL NIÑO EN DECUBITO VENTRAL SOBRE LA FALDA DE SU MADRE	0	1	2	-	T 048 ____
UBICA EL CUADRANTE SUPEROEXTERNO DE LA NALGA	0	1	2	-	T 049 ____
LIMPIA CON AGUA JABONOSA Y LUEGO AGUA ESTERIL LA ZONA DE APLICACION Y SECA CON ALGODON O LIMPIA CON ALCOHOL Y DEJA EVAPORAR	0	1	2	-	T 050 ____
INTRODUCE LA AGUJA EN ANGULO RECTO	0	1	2	-	T 051 ____
ASPIRA Y VERIFICA QUE NO SALE SANGRE	0	1	2	-	T 052 ____
INYECTA 0.5 CC DE VACUNA	0	1	2	-	T 053 ____
RETIRA LA JERINGA, PRESIONA SIN SOBAR LA ZONA DE APLICACION CON ALGODON SECO	0	1	2	-	T 054 ____
DESCARTA LA JERINGA	0	1	2	-	P 055 ____
<i>SI USA JERINGA DE DOSIS MULTIPLE</i>					
RETIRA INMEDIATAMENTE LA AGUJA USADA	0	1	2	-	P 056 ____
MANTIENE LA ESTERILIDAD DE LA JERINGA	0	1	2	-	S 057 ____
SARAMPION - Recibe?		NO		SI	
<i>Preparación (Sarampión)</i>					
<i>De la jeringa</i>					
- De preparación: 5 cc o 10 cc					
SACA UNA JERINGA NUEVA DE SU ENVOLTURA	0	1	2	-	S 058 ____
UTILIZA JERINGA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	-	S 059 ____
MANTIENE LA ESTERILIDAD DE LA JERINGA	0	1	2	-	S 060 ____
USA UNA AGUJA NUEVA	0	1	2	-	S 061 ____
UTILIZA UNA AGUJA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	-	S 062 ____
MANTIENE LA ESTERILIDAD AL ASEGURAR LA AGUJA A LA JERINGA	0	1	2	-	S 063 ____
- De aplicación: 1 cc o 2 cc					
SACA UNA JERINGA NUEVA DE SU ENVOLTURA	0	1	2	-	S 064 ____
UTILIZA JERINGA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	-	S 065 ____
MANTIENE LA ESTERILIDAD DE LA JERINGA	0	1	2	-	S 066 ____
USA UNA AGUJA NUEVA	0	1	2	-	S 067 ____
UTILIZA UNA AGUJA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	-	S 068 ____
MANTIENE LA ESTERILIDAD AL ASEGURAR LA AGUJA A LA JERINGA	0	1	2	-	S 069 ____
<i>Del biológico:</i>					
<i>FRASCO NUEVO</i>					
COGE EL FRASCO VERTICALMENTE POR EL CUELLO	0	1	2	-	S 070 ____
CONFIRMA NOMBRE Y FECHA DE EXPIRACION	0	1	2	-	E 071 ____
RETIRA SELLO DE PROTECCION SIN TOCAR EL JEBE	0	1	2	-	S 072 ____

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

	FALTA HACE/LO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
LIMPIA EL JEBE CON AGUA ESTERIL	0	1	2	-	S 073
SECA CON ALGODON ESTERIL	0	1	2	-	S 074
COLOCA EL FRASCO EN CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	C 075
ROMPE LA AMPOLLA DE DILUYENTE	0	1	2	-	S 076
CARGA TODO EL DILUYENTE DEL FRASCO EN LA JERINGA	0	1	2	-	P 077
COLOCA LA JERINGA EN CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	C 078
INYECA EL DILUYENTE LENTAMENTE POR LA PARED DEL FRASCO	0	1	2	-	P 079
AGITA LENTAMENTE EL FRASCO EN FORMA CIRCULAR HASTA QUE SE DILUYA COMPLETAMENTE (CAMBIA A COLOR ROSADO)	0	1	2	-	P 080
COLOCA EL FRASCO EN LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	C 081
TAPA CORRECTAMENTE LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	C 082
<i>FRASCO YA PREPARADO</i>					
COGE EL FRASCO POR EL CUELLO	0	1	2	-	S 083
LIMPIA EL JEBE CON AGUA ESTERIL (NO USA ALCOHOL)	0	1	2	-	P 084
INYECA AIRE AL FRASCO	0	1	2	-	P 085
EXTRAE (1 DOSIS=0.5 cc) DE VACUNA	0	1	2	-	P 086
SACA EL AIRE DE LA JERINGA	0	1	2	-	P 087
SI QUEDA VACUNA COLOCA EL FRASCO EN LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	C 088
TAPA CORRECTAMENTE LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	C 089
<i>Aplicación (Suministro):</i>					
COLOCA AL NIÑO SENTADO SOBRE LA FALDA DE SU MADRE	0	1	2	-	T 090
DESCUBRE SU BRAZO IZQUIERDO	0	1	2	-	T 091
LIMPIA CON AGUA JABONOSA EL TERCIO MEDIO DEL BRAZO	0	1	2	-	S 092
LIMPIA CON AGUA ESTERIL Y SECA CON TORUNDA DE ALGODON ESTERIL	0	1	2	-	S 093
COGE EL TERCIO MEDIO DEL BRAZO Y FORMA PLIEGUE	0	1	2	-	T 094
INTRODUCE LA AGUJA EN ANGULO DE 45 GRADOS CON EL BISEL HACIA ARRIBA (SUBCUTANEA)	0	1	2	-	T 095
VERIFICA QUE NO SALE SANGRE	0	1	2	-	T 096
INYECA LENTAMENTE 0.5CC DE VACUNA	0	1	2	-	T 097
RETIRA LA JERINGA, Y PRESIONA LA ZONA CON ALGODON SECO SIN FROTAR	0	1	2	-	T 098
DESCARTA LA JERINGA	0	1	2	-	P 099
<i>SI USA JERINGA DE DOSIS MULTIPLE</i>					
RETIRA INMEDIATAMENTE LA AGUJA USADA	0	1	2	-	P 100
MANTIENE LA ESTERILIDAD DE LA JERINGA	0	1	2	-	P 101

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

<i>BCG- Fecibe?</i>	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO NO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A SI
Preparación (BCG)				
<i>De la jeringa</i>				
- De preparación: 2 cc				
SACA UNA JERINGA NUEVA DE SU ENVOLTURA	0	1	2	- s 102___
UTILIZA JERINGA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	- s 103___
MANTIENE LA ESTERILIDAD DE LA JERINGA	0	1	2	- s 104___
USA UNA AGUJA NUEVA	0	1	2	- s 105___
UTILIZA UNA AGUJA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	- s 106___
MANTIENE LA ESTERILIDAD AL ASEGURAR LA AGUJA A LA JERINGA	0	1	2	- s 107___
- De aplicación: 1 cc				
SACA UNA JERINGA NUEVA DE SU ENVOLTURA	0	1	2	- s 108___
UTILIZA JERINGA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	- s 109___
MANTIENE LA ESTERILIDAD DE LA JERINGA	0	1	2	- s 110___
USA UNA AGUJA NUEVA	0	1	2	- s 111___
UTILIZA UNA AGUJA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	- s 112___
MANTIENE LA ESTERILIDAD AL ASEGURAR LA AGUJA A LA JERINGA	0	1	2	- s 113___
<i>Del biológico:</i>				
FRASCO NUEVO				
COLOCA O VERIFICA QUE EL SOLVENTE ESTE DENTRO DEL PROTECTOR	0	1	2	- P 114___
COGE LA AMPOLLA DEL SOLUTO CON UNA TORUNDA DE ALGODON POR EL CUELLO	0	1	2	- s 115___
LIMA Y ROMPE EL CUELLO	0	1	2	- s 116___
COLOCA EL SOLUTO EN LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	- c 117___
COGE LA AMPOLLA DEL SOLVENTE CON UNA TORUNDA DE ALGODON POR EL CUELLO	0	1	2	- s 118___
LIMA Y ROMPE EL CUELLO	0	1	2	- s 119___
COLOCA EL SOLVENTE EN LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	- c 120___
CARGA EL SOLVENTE EN JERINGA ESTERIL	0	1	2	- s 121___
INYECTA EL SOLVENTE A LA AMPOLLA DE SOLUTO LENTAMENTE POR LAS PAREDES	0	1	2	- P 122___
GUARDA EN LA CAJA TERMICA	0	1	2	- c 123___
TAPA CORRECTAMENTE LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	- c 124___
FRASCO YA PREPARADO				
CARGA 0.1CC DE VACUNA	0	1	2	- P 125___
SI QUEDA VACUNA COLOCA EN LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	- c 126___
TAPA CORRECTAMENTE LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	- c 127___

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

Aplicación (BCG)	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A
COLOCA AL: - R.N. EN POSICION DECUBITO LATERAL CON HOMBRO DERECHO DESCUBIERTO - NIÑO: PARADO CON HOMBRO DERECHO DESCUBIERTO	0	1	2	- T 128
LIMPIA CON AGUA JABONOSA Y LUEGO AGUA ESTERIL LA ZONA DE APLICACION Y SECA CON ALGODON O	0	1	2	- S 129
LIMPIA CON ALCOHOL Y DEJA EVAPORAR				
ESTIRA LA PIEL E INTRODUCE LA PUNTA DE LA AGUJA CON EL BISEL HACIA ARRIBA PARALELO A LA PIEL	0	1	2	- T 130
INYECA 0.1CC DE VACUNA	0	1	2	- T 131
OBSERVA FORMACION DE PAPULA	0	1	2	- T 132
RETIRA LA AGUJA SIN PRESIONAR	0	1	2	- T 133
DESCARTA LA JERINGA	0	1	2	- P 134
ANTITETANICA - Recibe?		NO		SI
Preparación				
<i>De la jeringa</i>				
SACA UNA JERINGA NUEVA DE SU ENVOLTURA	0	1	2	- S 135
USA JERINGA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	- S 136
MANTIENE LA ESTERILIDAD DE LA JERINGA	0	1	2	- S 137
USA UNA AGUJA NUEVA	0	1	2	- S 138
USA UNA AGUJA USADA PREVIAMENTE ESTERILIZADA	0	1	2	- S 139
MANTIENE LA ESTERILIDAD AL ASEGURAR LA AGUJA A LA JERINGA	0	1	2	- S 140
<i>Del biológico</i>				
FRASCO NUEVO				
COGE EL FRASCO VERTICALMENTE POR EL CUELLO	0	1	2	- S 141
CONFIRMA NOMBRE Y FECHA DE EXPIRACION	0	1	2	- E 142
AGITA LENTAMENTE EN FORMA CIRCULAR HASTA QUE LA SOLUCION SEA HOMOGENEA	0	1	2	- P 143
MIRA SI HAY SEDIMENTO	0	1	2	- E 144
SI HAY SEDIMENTO DESCARTA EL FRASCO	0	1	2	- E 145
RETIRA SELLO DE PROTECCION SIN TOCAR EL JEBE	0	1	2	- S 146
LIMPIA EL JEBE CON ALCOHOL Y/O AGUA ESTERIL	0	1	2	- S 147
ESPERA HASTA QUE EVAPORE	0	1	2	- P 148
COLOCA EL FRASCO EN LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	- C 149
TAPA CORRECTAMENTE LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	- C 150
FRASCO YA PREPARADO				
COGE EL FRASCO POR EL CUELLO	0	1	2	- S 151
LIMPIA EL JEBE CON ALCOHOL Y/O AGUA ESTERIL	0	1	2	- S 152
ESPERA HASTA QUE EVAPORE	0	1	2	- P 153
INYECA AIRE AL FRASCO	0	1	2	- P 154
EXTRAE (1 dosis=0.5cc) DE VACUNA DEL FRASCO	0	1	2	- P 155

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
SACA EL AIRE DE LA JERINGA	0	1	2	-	P 156__
SI QUEDA VACUNA COLOCA EL FRASCO EN LA CAJA TERMICA AUXILIAR	0	1	2	-	c 157__
Aplicación					
COLOCA AL NIÑO EN DECUBITO VENTRAL SOBRE LA FALDA DE SU MADRE	0	1	2	-	T 158__
UBICA EL CUADRANTE SUPEROEXTERNO DE LA NALGA	0	1	2	-	T 159__
LIMPIA CON AGUA JABONOSA Y LUEGO AGUA ESTERIL LA ZONA DE APLICACION Y SECA CON ALGODON O LIMPIA CON ALCOHOL Y DEJA EVAPORAR	0	1	2	-	s 160__
INTRODUCE LA AGUJA EN ANGULO RECTO	0	1	2	-	T 161__
ASPIRA Y VERIFICA QUE NO SALE SANGRE	0	1	2	-	T 162__
INYECTA 0.5 CC DE VACUNA	0	1	2	-	T 163__
RETIRA LA JERINGA, PRESIONA SIN SOBAR LA ZONA DE APLICACION CON ALGODON SECO	0	1	2	-	T 164__
DESCARTA LA JERINGA	0	1	2	-	P 165__
<i>SI USA JERINGA DE DOSIS MULTIPLE</i>					
RETIRA INMEDIATAMENTE LA AGUJA USADA	0	1	2	-	P 166__
MANTIENE LA ESTERILIDAD DE LA JERINGA	0	1	2	-	s 167__

DOCUMENTACION:

LLENA CORRECTAMENTE EL CARNET	0	1	2	-	168__
LLENA CORRECTAMENTE EL REGISTRAR	0	1	2	-	169__

CONTENIDO DE LA PROMOCION EDUCACION A LA MADRE:

Indicaciones específicas - Reacciones y cuidados

Si recibió POLIO

NO HAY REACCIONES	0	1	2	-	170__
SI PRESENTARA ALGUN PROBLEMA LLEVARLO AL C.S.	0	1	2	-	171__
SI EL NIÑO TIENE DIARREA INDICA NUEVA CITA PARA CUANDO MEJORE	0	1	2	-	172__

Si recibió DPT o DPT + POLIO

PUEDE HABER DOLOR EN ZONA DE APLICACION	0	1	2	-	173__
PUEDE HABER FIEBRE EL DIA SIGUIENTE	0	1	2	-	174__
NO APLICAR NADA PARA EL DOLOR LOCAL	0	1	2	-	175__
NO RASCAR LA ZONA DE INYECCION	0	1	2	-	176__
SI LA FIEBRE DURA LLEVAR AL NIÑO AL C.S.	0	1	2	-	177__
SI PRESENTASE OTROS SINTOMAS LLEVARLO AL C.S.	0	1	2	-	178__

Si recibió ANTISARAMPIONOSA O ANTISARAMPIONOSA + POLIO

PUEDE PRESENTAR FIEBRE EN 7-10 DIAS	0	1	2	-	179__
PUEDE PRESENTAR ERUPCION EN 7-10 DIAS	0	1	2	-	180__
NO RASCAR LA ZONA DE INYECCION	0	1	2	-	181__

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

72

	FALTA HACERLO	LO HACE INCORRECTO	LO HACE CORRECTO	N/O N/A	
SI LA FIEBRE DURA LLEVAR AL NIÑO AL C.S.	0	1	2	-	182__
SI SE PRESENTAN OTROS SINTOMAS LLEVAR AL C.S.	0	1	2	-	183__
Si recibió DPT + ANTISARMP o DPT + ANTISARMP + POLIO					
PUEDA HABER DOLOR LOCAL EN EL SITIO DE INYECCION	0	1	2	-	184__
PUEDA TENER FIEBRE LEVE EN 7 - 10 DIAS	0	1	2	-	185__
PUEDA PRESENTAR ERUPCION EN 7 - 10 DIAS	0	1	2	-	186__
NO RASCARSE EN LA ZONA DE INYECCION	0	1	2	-	187__
NO APLIQUE NADA PARA EL DOLOR LOCAL	0	1	2	-	188__
SI LA FIEBRE DURA LLEVE AL NIÑO AL C.S.	0	1	2	-	189__
SI SE PRESENTAN OTROS SINTOMAS LLEVE AL NIÑO AL C.S.	0	1	2	-	190__
Indicaciones Generales					
EXPLICA A LA MADRE:					
QUE VACUNAS SE APLICARON	0	1	2	-	191__
LAS RAZONES	0	1	2	-	192__
EL ESQUEMA DE VACUNACIONES	0	1	2	-	193__
INDICA FECHA DE NUEVA CITA	0	1	2	-	194__

ESTRATEGIA DE LA PROMOCION/EDUCACION A LA MADRE:

PARA INDICACIONES; SE CERCIOA DE QUE LA MADRE LAS ENTENDIERA COMPLETAMENTE:

POR PREGUNTAS ESPECIFICAS	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	195__
LE PIDE QUE REPITA EN OTRAS PALABRAS	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	196__
USA LENGUAJE FACIL DE ENTENDER	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	197__
EXPLICA COSAS EN DETALLE APROPRIADO	NUNCA	1.....	2.....	3.....	4.....	5 SIEMPRE	-	198__
PROPORCIONA MATERIAL EDUCATIVO	NADA	1.....	2.....	3 MUCHO			-	199__

COMPORTAMIENTO:

SALUDO A LA MADRE Y/O NIÑO	0	1	2	-	200__	
SE PRESENTO A SI MISMA	0	1	2	-	201__	
ACARICIO AL NIÑO	0	1	2	-	202__	
ACTITUDES:						
POCO INTERESADO/ABURRIDO	1.....	2.....	3.....	4.....	5 INTERESADO	203__
ENOJADO/IRRITABLE	1.....	2.....	3.....	4.....	5 AMABLE/AMISTOSO	204__
PREOCUPADO/NERVIOSO	1.....	2.....	3.....	4.....	5 TRANQUILO/CONFIADO	205__
ARROGANTE/DESALABADOR	1.....	2.....	3.....	4.....	5 RESPETUOSO/ALABADOR	206__

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

SATISFACCION CON EL SERVICIO

(Evaluación de la "madre" en el sociodrama)

1 NUNCA 2 MUY RARA VEZ 3 ALGUNAS VECES 4 FRECUENTEMENTE 5 SIEMPRE

SATISFACCION CON LA PRESTACION DEL SERVICIO

LA AUXILIAR (ENFERMERA) ...

207 ... me dió atención que me pareció buena _____ N/A

208 ... respondió mis preguntas acerca del problema _____ N/A

209 ... me explicó claramente, cual era el problema _____ N/A

1 NUNCA 2 MUY RARA VEZ 3 ALGUNAS VECES 4 FRECUENTEMENTE 5 SIEMPRE

210 ... me dijo exactamente que estaban haciendo _____ N/A

211 ... me dijo porqué se hacian ciertos procedimientos _____ N/A

... me explicó claramente porque debía hacer las cosas que me pedían _____ N/A

212 _____

SATISFACCION CON EL TRATO

LA AUXILIAR (ENFERMERA) ...

213 ... me interrumpía _____ N/A

214 ... me menospreció _____ N/A

215 ... parecía molesto _____ N/A

216 ... actuó como si me hiciera un favor al hablarme _____ N/A

217 ... parecía estar apurado _____ N/A

218 ... me hizo sentir importante _____ N/A

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

34

**

DFW

	Nombre	Cargo	
Participantes:	_____	_____	Hora de inicio: _____
	_____	_____	Hora de término: _____
	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	

Nombre de Entrevistador: _____

Fecha: _____

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

5

UBICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1. Indique en kilómetros y unidades de tiempo (minutos, horas o días), la distancia a la cual se encuentra su establecimiento de las siguientes entidades, y ponga un círculo alrededor del medio de transporte usual:

	Km (aprox.)	Tiempo (aprox.)		Medio de Transporte Usual				
a. Hospital de Apoyo	_____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro
b. UTES	_____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro
c. UDES	_____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro

2. En el espacio en blanco de la izquierda, escriba el nombre de la comunidad/asentamiento humano perteneciente al Centro de Salud e indique en unidades de tiempo (minutos, horas o días), la distancia a la cual se encuentra su establecimiento. Encierre en un círculo el medio de transporte más usual y en el espacio a la derecha anote el número de puestos de salud pertenecientes a cada comunidad o asentamiento humano.

Comunidad/Asentamiento Humano	Tiempo (aprox.)	Medio de Transporte Usual					Número de Puestos de Salud	
a. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
b. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
c. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
d. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
e. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
f. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

Comunidad/Asentamiento Humano	Tiempo (aprox.)	Medio de Transporte Usual						Número de Puestos de Salud
g. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
h. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
i. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
j. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
k. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
l. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
m. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
n. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
o. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
p. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
q. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
r. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
s. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

37

Comunidad/Asentamiento Humano	Tiempo (aprox.)	Medio de Transporte Usual						Número de Puestos de Salud
t. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
u. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
v. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
w. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
x. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
y. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
z. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
aa. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
bb. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
cc. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
dd. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
ee. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
ff. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

Comunidad/Asentamiento Humano	Tiempo (aprox.)	Medio de Transporte Usual						Número de Puestos de Salud
		A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	
gg. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
hh. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____
ii. _____	_____	A Pie	Asémila	Lancha	Público	Trans. MINSA	Trans. Otro	_____

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

3. Haga un croquis simple del área de responsabilidad de su Establecimiento, indicando la ubicación de las comunidades o los asentamientos humanos (nombres completos), y de los Puestos de Salud que pertenecen al mismo:

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

25

***DISPONIBILIDAD**

*4. Horas de atención:

L

M

M

J

V

S

D

*5. Qué tipo de personal programa su Establecimiento para la atención fuera de las horas normales?

Ninguno	Médico	Enfermera	Aux./tec. de enfermería	Obste- triz	Odontólogo
0	1	2	4	8	16

*6. Coloque el precio de las atenciones brindadas en el espacio correspondiente:

Curaciones	_____	Suturas	_____	Atención por Parto	_____
Consulta Médica	_____	Consulta Dental	_____	Carné	_____

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

14

TAMAÑO DEL ESTABLECIMIENTO Y EL NUMERO DE SECCIONES

*7. Haga un pequeño croquis señalando los ambientes con que cuenta su establecimiento y a cada ambiente asígnele un número. Escriba el nombre de los ambientes en el espacio en blanco del número correspondiente.

Nombre del Cuarto:

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. _____ | 11. _____ |
| 2. _____ | 12. _____ |
| 3. _____ | 13. _____ |
| 4. _____ | 14. _____ |
| 5. _____ | 15. _____ |
| 6. _____ | 16. _____ |
| 7. _____ | 17. _____ |
| 8. _____ | 18. _____ |
| 9. _____ | 19. _____ |
| 10. _____ | 20. _____ |

M² = _____

*8. Correlacione cada número con la ubicación de los siguientes servicios:

Jefatura _____	Consultorio de Dental _____	Almacén _____	Consultorio Materno _____
Enfermería _____	Triaje _____	Consultorio de Pediatría _____	Laboratorio _____
Consultorio de Medicina _____	Radiología _____	Secretaría _____	Psicología/Salud Mental _____
Tópico _____	CRED/Niño sano _____	Admin. _____	TBC _____
Farmacia _____	Sala de Partos _____	Gin. Obst/Salud Materna _____	Personal _____
Serv. Social _____	Hospitalización _____	Almacén _____	_____
Admisión _____	IRA _____	Saneamiento _____	_____
Vacunas _____	Contabilidad _____		_____
URO _____	Nutrición _____		_____
	Estadística _____		_____

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

22

ORGANIZACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD

9. Esquematice el Organigrama estructural de su establecimiento.

*10. Enumere el personal de las siguientes categorías que existen en su Establecimiento:

	Registrados en Planillas	Trabajan Actualmente		Registrados en Planillas	Trabajan Actualmente		Registrados en Planillas	Trabajan Actualmente
<u>Profesionales</u>								
Médicos	_____	_____	Asistente Social	_____	_____	Odontólogos	_____	_____
Enfermeras	_____	_____	Ing. de Saneamiento	_____	_____	(dentistas)	_____	_____
Obstetricas	_____	_____	Educador para la salud	_____	_____	Psicólogos	_____	_____
Contador	_____	_____	Nutricionista	_____	_____	Contador	_____	_____

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

4

Registrados
en Planillas

Trabajan
Actualmente

Registrados
en Planillas

Trabajan
Actualmente

Registrados
en Planillas

Trabajan
Actualmente

NoProfesionales

Tec/Administración:

Estadística
Caja
Contabilidad
Admisión
Abastecimiento
Secretaría

Tec/Servicios Generales:

Chofer
Vigilante
Limpieza
Lavandería
Cocina
Aux. y/o Tec. de
Enfermería

Tec/Otros:

Laboratorio
Rayos X
Nutrición
Farmacia

GERENCIA OFICIAL DEL ESTABLECIMIENTO Y LOS PROGRAMAS/SERVICIOS

*11. En relación a los siguientes programas, anote en el espacio en blanco correspondiente, el nombre del encargado y del supervisor. Para cada uno, indique el tiempo de encargatura.

Nombre del Programa	Nombre del Encargado	Tiempo (años)	Nombre del Supervisor	Tiempo (años)
Jefe del Centro	_____	_____	_____	_____
CED	_____	_____	_____	_____
Inmunizaciones	_____	_____	_____	_____
CIRA	_____	_____	_____	_____
Crec/Desa	_____	_____	_____	_____
Plan. Familiar	_____	_____	_____	_____
Salud Materna	_____	_____	_____	_____

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

#1 #2 #3 #4 #5

15. Durante el último año, cuantos meses estuvieron sin los materiales o insumos necesarios?
 Ningún mes 1-3 meses 4-6 meses 7-9 meses 10 o más meses
16. Durante el último año, cuantas veces no pudieron dar tratamiento al paciente por falta de materiales o insumos?
 Ninguna vez Cerca de 2-6 veces al año Cerca de 1 vez al mes Cerca de 1 a la semana Cada día o casi diariamente
17. Con qué frecuencia solicitan materiales o insumos de abastecimientos?
 1 vez al año 2-6 veces al año Cada mes Cada semana Más de 1 vez por semana
- *18. En su Establecimiento, el almacén tiene capacidad suficiente?
 Nunca hay suficiente capacidad Casi nunca hay suficiente capacidad A veces hay suficiente capacidad Casi siempre hay suficiente capacidad Siempre hay suficiente capacidad
- *19. De dónde consiguen de materiales o insumos?
 Nivel Central 1 UDES 2 UDES 4 ONG 8 Otros 16
20. En su Establecimiento, compran materiales o insumos localmente?
 No 0 Sí, con recursos propios 1 Sí, con con dinero del personal del Centro 2 Sí, con actividades organizadas por el Centro de Salud 4 Sí, con actividades organizadas por la comunidad 8 Sí, con recursos de ONG 16

#1 #2 #3 #4 #5 #6

TRANSPORTE

21. Qué tipo de transporte utiliza para: (Coloque un aspa donde corresponda.)
- | | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|----------------|--------------|-------------------------|--------------|
| | <u>A pie</u> | <u>Ambulancia</u> | <u>Asémila</u> | <u>Carro</u> | <u>Recursos Propios</u> | <u>Otros</u> |
| Derivar pacientes críticos al hospital | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

2/6

	#1	#2	#3	#4	#5	#6
	<u>A pie</u>	<u>Ambulancia</u>	<u>Asémila</u>	<u>Carro</u>	<u>Recursos Propios</u>	<u>Otros</u>
Para la visita domiciliaria	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Para entregar informes a la UTES	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Para entregar abastecimientos	_____	_____	_____	_____	_____	_____

#1 #2 #3 #4 #5

COMUNICACIONES DEL ESTABLEMIENTO

22. Con qué frecuencia hay reuniones de todos los trabajadores del Establecimiento?
- | | | | | |
|----------|------------------|--------------|-------------------|---------------------------|
| Cada año | 2-6 veces al año | 1 vez al mes | 1 vez a la semana | Más que 1 vez a la semana |
|----------|------------------|--------------|-------------------|---------------------------|
- *23. Hay un mural actualizado para mensajes en su Establecimiento?
- | | | | | |
|----|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| No | Sí, pero raramente actualizado | Sí, y a veces actualizado | Sí, y casi siempre actualizado | Sí, y siempre actualizado |
|----|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|
- *24. Las publicaciones del MINSA están disponibles para todos los miembros del Establecimiento?
- | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Nunca están disponibles | Casi nunca están disponibles | A veces están disponibles | Casi siempre están disponibles | Siempre están disponibles |
|-------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|

CAPACITACION DEL ESTABLEMIENTO

(Bill, add 6 spaces to the right for this section)

25. En los últimos 6 meses, cuantas veces se han ejecutado capacitaciones programadas (para programa)?

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

26. En los últimos 6 meses, cuantos días-hombre se emplearon para capacitación fuera del Establecimiento (para cada Programa)?
27. Calcule el número de días-hombre empleado en capacitación por personal ajeno a su Establecimiento en lo últimos 6 meses para cada uno de los Programas mencionados.

PERFIL DEMOGRAFICO DE LA POBLACION BAJO RESPONSABILIDAD

- *28. Enumere la población que cubre su establecimiento por grupo etáreo y sexo. Marque si es por proyección del INE o por censo propio.

		M	F		
a.	... menores de un año	_____	_____	INE	Censo Propio
b.	... de 1-4 años	_____	_____	INE	Censo Propio
c.	... de 5-14 años	_____	_____	INE	Censo Propio
d.	... de 15-44 años	_____	_____	INE	Censo Propio
e.	... de 45-64 años	_____	_____	INE	Censo Propio
f.	... 65 o más	_____	_____	INE	Censo Propio

ACCESIBILIDAD A MINSA Y A LOS OTROS SERVICIOS DE SALUD

29. Si existen los siguientes proveedores de salud en su comunidad, marque el grado de accesibilidad para cada una de las características. Coloque el número correcto en la columna correspondiente.

	#1 Muy mala	#2 Mala	#3 Regular	#4 Buena	#5 Muy buena	
			Geográfica (distancia)	Económica (costo)	Sicológica (trato)	Técnica (calidad) de atención)
a. Centro de Salud			_____	_____	_____	_____
b. Consultorios privados			_____	_____	_____	_____

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

48

	#1 Muy mala	#2 Mala	#3 Regular	#4 Buena	#5 Muy buena	
			Geográfica (distancia)	Económica (costo)	Sicológica (trato)	Técnica (calidad) de atención)
c. Clínicas privadas			_____	_____	_____	_____
d. Curanderos			_____	_____	_____	_____
e. Comadronas ó parteras			_____	_____	_____	_____
f. Farmacia/boticas			_____	_____	_____	_____
g. IPSS			_____	_____	_____	_____
h. FFAA			_____	_____	_____	_____
i. Otras instituciones			_____	_____	_____	_____

***RELACION CON EL MINSA**

***COORDINACION CON LA UTES**

30. Qué tan adecuada es la coordinación entre su Establecimiento y las siguientes instituciones?

a. El Hospital de Apoyo

No hay y no hay planeada	Está planeada pero no existe	Existe alguna coordinación	Hay coordinación más o menos activa	Hay coordinación activa y estrecha
-----------------------------	------------------------------------	-------------------------------	--	---------------------------------------

b. La UTES

No hay y no hay planeada	Está planeada pero no existe	Existe alguna coordinación	Hay coordinación más o menos activa	Hay coordinación activa y estrecha
-----------------------------	------------------------------------	-------------------------------	--	---------------------------------------

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

49

#1

#2

#3

#4

#5

c. La UDES

No hay y
no hay planeadaEstá planeada
pero
no existeExiste alguna
coordinaciónHay coordinación
más o menos activaHay coordinación
activa y estrecha

d. Nivel Central

No hay y
no hay planeadaEstá planeada
pero
no existeExiste alguna
coordinaciónHay coordinación
más o menos activaHay coordinación
activa y estrecha*** FORMALIZACION (NORMATIZACION) DE LA RELACION CON LA UTES**

31. En qué medida los términos de relación entre su Establecimiento y la UTES:

a. Han sido explícitamente hablados o discutidos?

En ningún
gradoEn muy poco
gradoEn poco
gradoEn grado
considerableEn muy alto
grado

b. Han sido escritos en detalle?

En ningún
gradoEn muy poco
gradoEn poco
gradoEn grado
considerableEn muy alto
grado

32. Para coordinar actividades con la UTES durante los últimos 6 meses, en qué medida:

a. Se han establecido normas y procedimientos standard (por ejemplo: normas, reglas, políticas, etc)?

En ningún
gradoEn muy poco
gradoEn poco
gradoEn grado
considerableEn muy alto
grado

b. Se siguieron canales formales de comunicación?

En ningún
gradoEn muy poco
gradoEn poco
gradoEn grado
considerableEn muy alto
grado**COMUNICACION CON LA UTES**

(***)Bill, put in 6 spaces to the right of #33-34.)

33. En los últimos 6 meses, con qué frecuencia su Establecimiento se comunicó con la UTES usando los siguientes medios para cada uno de los programas mencionados?

a. A través de cartas, memos ó informes de cualquier tipo?

Nunca

1 vez
al mes1 vez a
la semana1 vez
al díaMás de 1
vez al día

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

50

#1

#2

#3

#4

#5

b. A través de entrevistas personales?

Nunca	1 vez al mes	1 vez a la semana	1 vez al día	Más de 1 vez al día
-------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

c. A través de llamadas telefónicas?

Nunca	1 vez al mes	1 vez a la semana	1 vez al día	Más de 1 vez al día
-------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

d. A través de reuniones de grupo o comités entre 3 o más personas?

Nunca	1 vez al mes	1 vez a la semana	1 vez al día	Más de 1 vez al día
-------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

34. En los últimos 6 meses, cuantas de estas comunicaciones con la UTES fueron por iniciativa de las personas de cada uno de los programas mencionados?

Ninguna	Pocas	La mitad	La mayoría	Todas
---------	-------	----------	------------	-------

35. En los últimos 6 meses, con qué frecuencia las personas de su Establecimiento se han comunicado o puesto en contacto con personas de la UTES?

Nunca	1 vez al mes	1 vez a la semana	1 vez al día	Más de 1 vez al día
-------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

36. Qué grado de dificultad tiene Ud. para hacer que se capten claramente las ideas cuando Ud. se comunica con la UTES?

Ninguna	Poca	Alguna	Bastante	Mucha
---------	------	--------	----------	-------

37. Cuando se quiere comunicar Ud. con personal de la UTES, qué grado de dificultad tiene Ud. para ponerse en contacto con ellos?

Ninguna	Poca	Alguna	Bastante	Mucha
---------	------	--------	----------	-------

***CONSENSO/CONFLICTO CON LA UTES**

38. En términos generales, en qué medida piensa Ud. que las personas con quienes trata en la UTES, están de acuerdo o no con lo siguiente:

a. Las metas prioritarias de su Establecimiento para cada uno de los Programas mencionados?

Bastante desacuerdo	Pequeño acuerdo	De alguna manera de acuerdo	Más ó menos de acuerdo	Muy de acuerdo
------------------------	--------------------	--------------------------------	---------------------------	-------------------

C.S.: ____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: ____

#1

#2

#3

#4

#5

b. La manera específica en que su Establecimiento realiza el trabajo y presta los servicios a la comunidad?

Bastante
desacuerdoPequeño
acuerdoDe alguna manera
de acuerdoMás ó menos
de acuerdoMuy de
acuerdo

c. La definición de los roles y funciones de su Establecimiento y la UTES para cada uno de los Programas mencionados?

Bastante
desacuerdoPequeño
acuerdoDe alguna manera
de acuerdoMás ó menos
de acuerdoMuy de
acuerdo

39. En qué medida, la UTES obstaculizó a su Establecimiento en el desempeño de sus funciones en los últimos 6 meses?

En ningún
gradoEn muy poco
gradoEn poco
gradoEn grado
considerableEn muy alto
grado

40. En los últimos 6 meses, con qué frecuencia existieron desacuerdos y disputas entre personas de su Establecimiento y la UTES?

Nunca

1 vez

Aprox. cada
mesAprox. cada
2 semanas

Semanalmente

***RESOLUCION DE CONFLICTO CON LA UTES**

41. En los últimos 6 meses, con qué frecuencia los desacuerdos o disputas ocurridos en su Establecimiento fueron manejados de las siguientes maneras:

a. No dándoles importancia para evitarse problemas?

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

b. Suavizando o minimizando los desacuerdos?

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

c. Discutiéndolos abiertamente y trabajando con las partes involucradas?

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

d. Con la intervención de una autoridad superior para la resolución de los desacuerdos entre las partes involucradas?

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

***INFLUENCIA ENTRE SU ESTABLECIMIENTO Y LA UTES**

42. Qué influencia tiene su Establecimiento en las actividades de la UTES?
 Ninguna Muy Poca Poca Bastante Mucha
43. Qué influencia tiene la UTES en las actividades de su Establecimiento?
 Ninguna Muy Poca Poca Bastante Mucha
44. En los últimos 6 meses, en qué medida su Establecimiento influyó en el desarrollo de las actividades de los programas y/o servicios de la UTES?
 En ningún grado En muy poco grado En poco grado En grado considerable En muy alto grado
45. En los últimos 6 meses, en qué medida la UTES influyó en el desarrollo de las actividades de los programas y/o servicios de su Establecimiento?
 En ningún grado En muy poco grado En poco grado En grado considerable En muy alto grado

***EFECTIVIDAD DE LAS RELACIONES CON LA UTES**

46. En qué medida la UTES ha cumplido con sus responsabilidades y obligaciones, para con su Establecimiento en los últimos 6 meses?
 En ningún grado En muy poco grado En poco grado En grado considerable En muy alto grado
47. En qué medida su Establecimiento, ha cumplido con sus responsabilidades y obligaciones para con la UTES en los últimos 6 meses?
 En ningún grado En muy poco grado En poco grado En grado considerable En muy alto grado
48. En qué medida, siente Ud. que la relación entre su Establecimiento y la UTES es productiva?
 En ningún grado En muy poco grado En poco grado En grado considerable En muy alto grado
49. En qué medida el tiempo y esfuerzo invertido en desarrollar y mantener estas relaciones con la UTES vale la pena?
 En ningún grado En muy poco grado En poco grado En grado considerable En muy alto grado

C.B.: ____ **FECHA:** __/__/__ **CODIGO:** ____

69

50. En qué medida está Ud. satisfecho de la relación entre su Establecimiento y la UTES?
- | | | | | |
|-----------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------|
| En ningún grado | En muy poco grado | En poco grado | En grado considerable | En muy alto grado |
|-----------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------|
51. Cómo calificaría Ud. la equidad del "dar y recibir" en la relación con la UTES?
- | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Recibimos mucho menos de lo que damos | Recibimos algo menos de lo que damos | Recibimos igual que lo que damos | Recibimos más de lo que damos | Recibimos mucho más de lo que damos |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

*RELACION CON LA COMUNIDAD

COORDINACION CON LA COMUNIDAD

52. Qué grado de coordinación existe entre su Establecimiento y los siguientes grupos o instituciones?
- a. Curanderos y parteras
- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| No hay y no hay planeada | Está planeada pero no existe | Existe alguna coordinación | Hay coordinación más o menos activa | Hay coordinación activa y estrecha |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
- b. Comites de Salud
- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| No hay y no hay planeada | Está planeada pero no existe | Existe alguna coordinación | Hay coordinación más o menos activa | Hay coordinación activa y estrecha |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
- c. Promotores de salud
- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| No hay y no hay planeada | Está planeada pero no existe | Existe alguna coordinación | Hay coordinación más o menos activa | Hay coordinación activa y estrecha |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
- d. Colegios
- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| No hay y no hay planeada | Está planeada pero no existe | Existe alguna coordinación | Hay coordinación más o menos activa | Hay coordinación activa y estrecha |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
- e. Parroquias
- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| No hay y no hay planeada | Está planeada pero no existe | Existe alguna coordinación | Hay coordinación más o menos activa | Hay coordinación activa y estrecha |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

45

#1

#2

#3

#4

#5

f. Otras instituciones

No hay y
no hay planeadaEstá planeada
pero
no existeExiste alguna
coordinaciónHay coordinación
más o menos activaHay coordinación
activa y estrecha

g. La comunidad informal

No hay y
no hay planeadaEstá planeada
pero
no existeExiste alguna
coordinaciónHay coordinación
más o menos activaHay coordinación
activa y estrecha

h. Otros grupos organizados de la comunidad

No hay y
no hay planeadaEstá planeada
pero
no existeExiste alguna
coordinaciónHay coordinación
más o menos activaHay coordinación
activa y estrecha*** FORMALIZACION (NORMATIZACION) DE LA RELACION CON LA COMUNIDAD**

53. En qué medida los términos de la relación entre su Establecimiento y los grupos de la comunidad:

a. Han sido explícitamente hablados o discutidos?

En ningún
gradoEn muy poco
gradoEn poco
gradoEn grado
considerableEn muy alto
grado

b. Han sido escritos en detalle?

En ningún
gradoEn muy poco
gradoEn poco
gradoEn grado
considerableEn muy alto
grado

54. Para coordinar o ejecutar actividades con los grupos de la comunidad en los últimos 6 meses, en qué medida?

a. Se han establecido normas y procedimientos standard (por ejemplo: normas, reglas, políticas, etc)?

En ningún
gradoEn muy poco
gradoEn poco
gradoEn grado
considerableEn muy alto
grado

b. Se siguieron canales formales de comunicación?

En ningún
gradoEn muy poco
gradoEn poco
gradoEn grado
considerableEn muy alto
grado

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

#1

#2

#3

#4

#5

*** COMUNICACION CON LA COMUNIDAD**

(Bill, put the 6 spaces to the right of #55 & #56.)

55. En los últimos 6 meses, con qué frecuencia su Establecimiento se comunicó con los grupos de la comunidad usando los siguientes medios para cada uno de los programas mencionados?
- a. A través de cartas, memos ó informes de cualquier tipo?
- | | | | | |
|-------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
| Nunca | 1 vez
al mes | 1 vez a
la semana | 1 vez
al día | Más de 1
vez al día |
|-------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
- b. A través de entrevistas personales?
- | | | | | |
|-------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
| Nunca | 1 vez
al mes | 1 vez a
la semana | 1 vez
al día | Más de 1
vez al día |
|-------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
- c. A través de llamadas telefónicas?
- | | | | | |
|-------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
| Nunca | 1 vez
al mes | 1 vez a
la semana | 1 vez
al día | Más de 1
vez al día |
|-------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
- d. A través de reuniones de grupo ó comités entre 3 ó más personas?
- | | | | | |
|-------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
| Nunca | 1 vez
al mes | 1 vez a
la semana | 1 vez
al día | Más de 1
vez al día |
|-------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
56. En los últimos 6 meses, cuantas de estas comunicaciones con los grupos de la comunidad fueron por iniciativa de las personas de cada uno de los programas mencionados?
- | | | | | |
|---------|-------|----------|------------|-------|
| Ninguna | Pocas | La mitad | La mayoría | Todas |
|---------|-------|----------|------------|-------|
57. En los últimos 6 meses, con qué frecuencia las personas de su Establecimiento se han comunicado o puesto en contacto con personas de los grupos de la comunidad?
- | | | | | |
|-------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
| Nunca | 1 vez
al mes | 1 vez a
la semana | 1 vez
al día | Más de 1
vez al día |
|-------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------|
58. Qué grado de dificultad tiene Ud. para hacer que se capten claramente las ideas cuando Ud. se comunicar con los grupos de la comunidad?
- | | | | | |
|---------|------|--------|----------|-------|
| Ninguna | Poca | Alguna | Bastante | Mucha |
|---------|------|--------|----------|-------|
59. Cuando se quiere comunicar Ud. con personas de los grupos de la comunidad, qué grado de dificultad tiene Ud. para ponerse en contacto con ellas?
- | | | | | |
|---------|------|--------|----------|-------|
| Ninguna | Poca | Alguna | Bastante | Mucha |
|---------|------|--------|----------|-------|

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

#1

#2

#3

#4

#5

*** CONSENSO/CONFLICTO CON LA COMUNIDAD**

60. En terminos generales, en qué medida piensa Ud. que las personas con quienes trata en los grupos de la comunidad, están de acuerdo o no con lo siguiente:

a. Las metas prioritarias de su Establecimiento para cada uno de los Programas mencionados?

Bastante
desacuerdoPequeño
acuerdoDe alguna manera
de acuerdoMás ó menos
de acuerdoMuy de
acuerdo

b. La manera especifica en que su Establecimiento realiza el trabajo y presta los servicios a la comunidad?

Bastante
desacuerdoPequeño
acuerdoDe alguna manera
de acuerdoMás ó menos
de acuerdoMuy de
acuerdo

c. La definición de los roles y funciones de su Establecimiento y los grupos de la comunidad para cada uno de los Programas mencionados?

Bastante
desacuerdoPequeño
acuerdoDe alguna manera
de acuerdoMás ó menos
de acuerdoMuy de
acuerdo

61. En qué medida, los grupos de la comunidad obstaculizaron a su Establecimiento en el desempeño de sus funciones en los últimos 6 meses?

En ningún
gradoEn muy poco
gradoEn poco
gradoEn grado
considerableEn muy alto
grado

62. En los últimos 6 meses, con qué frecuencia existieron desacuerdos y disputas entre personas de su Establecimiento, y los grupos de la comunidad?

Nunca

1 vez

Aprox. cada
mesAprox. cada
2 semanas

Semanalmente

*** RESOLUCION DE CONFLICTO CON LA COMUNIDAD**

63. En los últimos 6 meses, con qué frecuencia los desacuerdos o disputas ocurridos entre su Establecimiento y los grupos de la comunidad fueron manejados de las siguientes maneras:

a. No dándoles importancia para evitarse problemas?

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

b. Suavizando o minimizando los desacuerdos?

Nunca

Casi nunca

A veces

Casi siempre

Siempre

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

57

#1

#2

#3

#4

#5

71. En qué medida el tiempo y esfuerzo invertido en desarrollar y mantener estas relaciones con los grupos de la comunidad vale la pena?
- | | | | | |
|-----------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------|
| En ningún grado | En muy poco grado | En poco grado | En grado considerable | En muy alto grado |
|-----------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------|
72. En qué medida está Ud. satisfecho de la relación entre su Establecimiento y los grupos de la comunidad?
- | | | | | |
|-----------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------|
| En ningún grado | En muy poco grado | En poco grado | En grado considerable | En muy alto grado |
|-----------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------|
73. Cómo calificaría Ud. la equidad del "dar y recibir" en la relación con los grupos de la comunidad?
- | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Recibimos mucho menos de lo que damos | Recibimos algo menos de lo que damos | Recibimos igual que lo que damos | Recibimos más de lo que damos | Recibimos mucho más de lo que damos |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

48

MARCAR CON UNA X EN LA ACTIVIDAD EN LA CUAL UD. INVIERTE MAS DE UNA HORA A LA SEMANA

PROGRAMA:	ADMIN/ PLAN	SUPV. DIRECTA	SUMIN ISTROS	ESTA DISTICA	CAPACI TACION	ATENCION PRESTADO	PROM./ EDUC	ESPERA	VIAJE	TOTAL
CED	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PAI	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
IRA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
CREC	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
SALUD MATERNA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PLAN. FAM.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
TBC	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
SALUD ESCOLAR	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
SALUD ORAL	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
SAN. AMBIENTAL	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
CONT. DE MALARIA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
TOPICOS	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
TRIAGE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
CONSULTORIOS	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
HOSPITALIZACION	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
TOTAL	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

55

El presente cuestionario es un intento por conocer mejor las características y condiciones de trabajo en las que se desenvuelve. Es necesario que sus respuestas sean lo más cercanas a la realidad, ya que de esta manera nos será posible detectar áreas críticas reales de problemas, para formular soluciones. Recuerde que el cuestionario es anónimo, siéntase con libertad para responder. Por favor, identifique su respuesta con el número que le corresponde y colóquelo en la línea a su derecha (para cada Programa).

ESTANDARIZACION DEL TRABAJO EN EL ESTABLECIMIENTO

1. Con qué precisión las normas, procedimientos y políticas del Establecimiento especifican la manera de coordinar y controlar las diferentes actividades y tareas del Programa?

Muy general	Algo general	Algo específico	Específico	Muy específico
-------------	--------------	-----------------	------------	----------------

2. En qué medida se usan procedimientos cuantificables para medir los criterios de desempeño en el Programa o servicio en que Ud. trabaja?

No existe ningún criterio de evaluación	Sólo existen criterios subjetivos, no cuantificables	Existen criterios imprecisos pero cuantificables	Existen criterios específicos y cuantificables	Existen criterios muy específicos y cuantificables
---	--	--	--	--

3. En qué medida las normas, procedimientos y política de trabajo de su Establecimiento como un todo están escritas en algún documento (manual de organización y funciones, memos, reportes, etc)?

No hay	Muy pocos	Pocos	Algunos	Todos
--------	-----------	-------	---------	-------

4. Con qué frecuencia los miembros de su unidad violaron o ignoraron las reglas, política o procedimientos durante los últimos 3 meses?

Ninguna vez	Muy rara vez	Aproximadamente la mitad de veces	Frecuentemente	Todo el tiempo
-------------	--------------	-----------------------------------	----------------	----------------

5. Con qué frecuencia se ejecutan las normas, política y procedimientos en el programa o servicio en que Ud. trabaja actualmente?

Nunca	De vez en cuando	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------------	---------	--------------	---------

6. Con qué claridad se han establecido para su unidad, objetivos específicos de desempeño?

No se han establecido objetivos	Los objetivos no son muy claros	Los objetivos son de alguna manera claros	Los objetivos son claros	Los objetivos son muy claros
---------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------	------------------------------

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

60

ESTANDARIZACION DEL TRABAJO

7. Dispone Ud. de un manual de normas y procedimientos para la realización de sus principales tareas?
 Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
8. Con qué precisión en el manual se especifica cómo debe hacer sus principales tareas?
 Muy general Algo general Algo específico Específico Muy específico
9. Con qué frecuencia utilizó los mismos procedimientos o prácticas estandarizadas para realizar sus principales tareas en los últimos 3 meses?
 Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
10. Con qué claridad se especifican las reglas de desempeño con las que su trabajo es evaluado?
 No hay descripción de mi trabajo La descripción de mi trabajo no puntualiza ninguna regla de desempeño a cumplir La descripción de mi trabajo es muy general en puntualizar reglas de desempeño a cumplir La descripción de mi trabajo es clara en puntualizar las reglas de desempeño a cumplir La descripción de mi trabajo es muy clara y precisa, puntualizando las reglas de desempeño a realizar

FACILIDAD DE INTERCAMBIAR FUNCIONES

11. Durante los últimos 3 meses, cuántos trabajadores del Programa desempeñaron las mismas tareas básicas, y no otras diferentes?
 Nadie realizó las mismas tareas Sólo unos cuantos realizaron las mismas tareas Cerca de la mitad realizaron las mismas tareas Muchos realizaron las mismas tareas Todos realizaron las mismas tareas básicas
12. Cuántos trabajadores de su Establecimiento (excluyendo los administrativos) , están calificados para hacer el trabajo de otro?
 Ninguno Unos pocos La mitad La mayoría Todos
13. Con qué facilidad podría rotar un trabajador de un servicio o programa a otro, de tal forma que cada uno pueda desempeñarse eficientemente en las tareas del otro?
 Muy difícil. La mayoría necesitaría recapitación extensa Difícil. Algunos miembros necesitarían recapitación extensa Algo difícil. Algunos miembros necesitarían recapitación Más o menos fácil. Algunos miembros necesitarían recapitación menor Muy fácil. Nadie necesitaría recapitación
14. En los últimos 6 meses, rotaron los trabajadores de un programa o servicio a otro?
 No rotaron Rotaron 1 vez Rotaron 2 veces Rotaron 3 veces Rotaron 4 veces o más

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

21

PRIORIDADES DEL PROGRAMA O DEL SERVICIO - En comparación a lo que Ud. hace en otros programas o servicios, su trabajo en este programa o servicio (el actual) merece:

- | | | | | | |
|-----|--|-------------|----------|-----------|--------------|
| 15. | Más tiempo? | | | | |
| | Nada | Un poco más | Algo más | Mucho más | Bastante más |
| 16. | Más servicios de apoyo (supervisión, capacitación, transporte, logística)? | | | | |
| | Nada | Un poco más | Algo más | Mucho más | Bastante más |
| 17. | Más apoyo de todo el Sistema de Salud (HOSPITAL, UTES, UDES, MINSA)? | | | | |
| | Nada | Un poco más | Algo más | Mucho más | Bastante más |

DISTRIBUCION DE AUTORIDAD

- | | | | | | |
|-----|--|----------|------|----------|-------|
| 18. | Qué influencia tuvieron cada una de las siguientes personas en decidir las normas, la política y procedimientos del programa o servicio donde Ud. trabaja actualmente? | | | | |
| a. | El encargado del Programa | | | | |
| | Ninguna | Muy poca | Poca | Bastante | Mucha |
| b. | El encargado de la supervisión | | | | |
| | Ninguna | Muy poca | Poca | Bastante | Mucha |
| c. | Los trabajadores individualmente | | | | |
| | Ninguna | Muy poca | Poca | Bastante | Mucha |
| d. | El supervisor o encargado del programa y los trabajadores del mismo en reuniones conjuntas | | | | |
| | Ninguna | Muy poca | Poca | Bastante | Mucha |
| e. | Otros trabajadores fuera de su Establecimiento de Salud | | | | |
| | Ninguna | Muy poca | Poca | Bastante | Mucha |
| f. | La comunidad (ONGs, Organizaciones vecinales, etc) | | | | |
| | Ninguna | Muy poca | Poca | Bastante | Mucha |

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

1021

19. Qué influencia o peso tienen cada uno de las siguientes personas en decidir qué tipo de trabajo o tareas deben desarrollarse en el Programa o Servicio en el que Ud. actualmente labora?

a. El encargado del Programa

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

b. El encargado de la supervisión

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

c. Los trabajadores individualmente

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

d. El supervisor o encargado del programa y los trabajadores del mismo en reuniones conjuntas

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

e. Otros trabajadores fuera de su establecimiento de salud

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

f. La comunidad (ONGs, Organizaciones vecinales, etc)

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

20. Qué influencia tienen cada una de las siguientes personas en observar y evaluar los servicios hechos en el Programa o Servicio donde Ud. trabaja actualmente?

a. El encargado del Programa

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

b. El encargado de la supervisión

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

c. Los trabajadores individualmente

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

d. El supervisor o encargado del programa y los trabajadores del mismo en reuniones conjuntas

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

e. Otros trabajadores fuera de su establecimiento de salud

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

f. La comunidad (ONGs, Organizaciones vecinales, etc)

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

13

AUTORIDAD EN EL TRABAJO

21. Qué grado de autonomía tiene en el programa o servicio donde trabaja actualmente para:

a. Determinar las tareas que hará diariamente?

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

b. Establecer la cantidad de trabajo que hará diariamente?

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

c. Establecer reglas y procedimientos sobre cómo realizar su trabajo?

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

d. Manejar situaciones de excepción en el trabajo?

Ninguna Muy poca Poca Bastante Mucha

PRESSION EN EL TRABAJO

22. Qué tan fuerte ha sido su trabajo en los últimos 3 meses?

Muy relajado Relajado Suficiente Bastante Excesivo

23. Lo que se le exige en su trabajo es:

No sé, que se espera de mí Muy poco y fácil de alcanzar Poco y fácil de alcanzar Mucho pero alcanzable Excesivo e imposible de alcanzar

24. Con qué frecuencia hay demasiado pacientes para atender en su Establecimiento por cada turno y/o día?

Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

19

RESPONSIBILIDAD EN EL TRABAJO

25. Su supervisor lo respalda en las decisiones de trabajo que Ud. toma?
 Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
26. Su supervisor lo responsabiliza personalmente por el logro de los niveles de desempeño en su trabajo?
 Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
27. En qué medida cree Ud. que los criterios de evaluación de su desempeño son justos?
 No sé que criterios se usan para evaluar mi trabajo Muy injustos En alguna manera justos Justos Muy justos
28. "Siento que debería culparme ó felicitar me por los resultados de mi trabajo." En relación a esta afirmación Ud. está en:
 Desacuerdo total Desacuerdo parcial Neutral Acuerdo parcial Total acuerdo
29. "Siento una gran responsabilidad personal por mi trabajo". En relación a esta afirmación Ud. está en:
 Desacuerdo total Desacuerdo parcial Neutral Acuerdo parcial Total acuerdo
30. "Es difícil para mi preocuparme mucho acerca de si el trabajo se hace bien o no". En relación a esta afirmación Ud. está en:
 Desacuerdo total Desacuerdo parcial Neutral Acuerdo parcial Total acuerdo

5

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

RETROALIMENTACION DEL TRABAJO

31. En qué medida sólo su trabajo le brinda las pautas necesarias para darse cuenta cuán bien o mal lo está haciendo?
 No me da ninguna pauta Me da pocas pautas Me da algunas pautas No me da pautas suficientes Me da pautas más que suficientes
32. En los 3 últimos meses, con qué frecuencia recibió sugerencias o consejos de sus compañeros en relación a su trabajo?
 Nunca Casi 1 vez al mes Casi 1 vez a la semana Casi todos los días Varias veces al día
33. Cuando fue la última vez que su supervisor inmediato discutió con Ud. su desempeño en el trabajo?
 Ninguna vez Cerca de 1 vez al año Cerca de 1 vez al mes Cerca de 1 vez a la semana Hoy día
34. En qué medida su supervisor discutió con Ud. los criterios de evaluación del desempeño de su trabajo?
 Mi supervisor nunca los discute conmigo Me los menciona en forma muy general y no me los clarifica Los discute conmigo en forma específica y clara Los discute conmigo en forma detallada y clara
35. Cuando se discutió con Ud. acerca de su desempeño, con qué frecuencia recibió sugerencias prácticas para mejorarlo?
 Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
36. En el último año, con qué frecuencia se reunieron informalmente Ud. y su supervisor inmediato para hablar del Programa?
 Menos de 1 vez al mes 1 vez al mes 1 vez a la semana Varias veces a la semana Cada día
37. Con qué frecuencia, la actitud de su supervisor inmediato del Programa es más "fiscalizadora que educadora"?
 Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
38. En el último año, con qué frecuencia su supervisor lo enteró de los resultados de problemas del Programa previamente discutidos?
 Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

19

DIFICULTAD DE LA TAREA

39. Con qué frecuencia se siente seguro de cuáles serán los resultados de su trabajo (En cuanto a calidad y cantidad)?
Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
40. En los últimos 3 meses, con qué frecuencia se presentaron problemas difíciles en su trabajo en los que no han habido soluciones inmediatas o aparentes?
Nunca 1 vez 2-5 veces 6-10 veces Más de 10 veces
41. En una semana normal, con qué frecuencia se presentan situaciones en su trabajo, que requieren métodos o procedimientos sustancialmente diferentes, para realizarlos?
Muy raras veces Ocasionalmente Poco frecuente Muy frecuentemente Constantemente

INCENTIVOS

42. Cuando se han alcanzado o sobrepasado los objetivos de desempeño para su unidad, con qué frecuencia sucede lo siguiente:
- a. Todos los miembros de la unidad son recompensados ó reconocidos por los logros del grupo?
Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
- b. Se recompensa o reconoce a algunos individuos específicos de su unidad por sus logros individuales?
Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
43. Cuando no se han alcanzado o sobrepasado los objetivos de desempeño para su unidad, con qué frecuencia sucede lo siguiente :
- a. Todos los miembros de la unidad son amonestados ó "se les llama la atención" para mejorar su desempeño en la unidad?
Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
- b. Se amonesta o "llama la atención" sólo a algunos individuos específicos de su unidad para mejorar su desempeño individualmente?
Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

10/1

44. Con qué frecuencia hacen los miembros de su unidad lo siguiente:

a. Compiten para lograr las metas de desempeño?

Nunca Muy poco Poco Bastante Mucho _____

b. Se ponen en contra de la persona cuyo trabajo es de peor calidad?

Nunca Muy poco Poco Bastante Mucho _____

c. Se ponen en contra de la persona cuyo trabajo excede en mucho al de otros?

Nunca Muy poco Poco Bastante Mucho _____

d. Estimulan a las personas para alcanzar más altos niveles en el desempeño de su trabajo?

Nunca Muy poco Poco Bastante Mucho _____

45. Si alcanza el nivel de desempeño que se espera de Ud., con qué frecuencia:

a. Es reconocido por su buen trabajo (Ej: se le da una frase de aprecio)?

Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre

b. Se le da un ascenso?

Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre

46. Si no alcanza el nivel de desempeño que se espera de Ud. con qué frecuencia:

a. Será amonestado o se le dirá que mejore?

Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre

b. Será bajado de categoría?

Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre

COMUNICACIONES DEL ESTABLECIMIENTO (Servicio o Programa)

47. En los últimos 3 meses, con qué frecuencia ocurrieron discusiones relacionadas al trabajo con las siguientes personas:

a. Entre el encargado del Programa o el supervisor y los trabajadores del mismo?

Nunca Una vez Dos veces Tres veces 4 o más veces

b. Entre los trabajadores del Programa?

Nunca Una vez Dos veces Tres veces 4 o más veces

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

68

48. En los últimos 3 meses, con qué frecuencia se involucró en reuniones no programadas para resolver problemas específicos:

a. Con 2 o más de los trabajadores del Programa?

Nunca Una vez Dos veces Tres veces 4 o más veces

b. Con 2 o más personas de fuera de su Establecimiento?

Nunca Una vez Dos veces Tres veces 4 o más veces

SITUACIONES DE CONFLICTO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

49. En los últimos 3 meses, con qué frecuencia ocurrieron desacuerdos con las siguientes personas:

a. Entre el Jefe del Centro y los trabajadores del mismo?

Nunca Una vez Dos veces Tres veces 4 o más veces

b. Entre el encargado del Programa o el supervisor y los trabajadores del mismo?

Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre

c. Entre los trabajadores del Centro?

Nunca Una vez Dos veces Tres veces 4 o más veces

d. Entre los trabajadores del Centro y personas fuera del mismo?

Nunca Una vez Dos veces Tres veces 4 o más veces

50. En qué medida los trabajadores del Programa tratan de progresar a costa de otros miembros del establecimiento?

Nunca Muy poco Poco Bastante Mucho

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

19

METODOS DE RESOLUCION DE CONFLICTOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

51. Cuando ocurrieron desacuerdos o disputas en los últimos 3 meses, con qué frecuencia fueron manejados en cada una de las siguientes maneras:

a. Ignorando o eludiendo las cosas?

Nunca	De vez en cuando	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------------	---------	--------------	---------

b. Suavizando las cosas?

Nunca	De vez en cuando	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------------	---------	--------------	---------

c. Enfrentando abiertamente los problemas y resolviéndolos entre las personas involucradas?

Nunca	De vez en cuando	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------------	---------	--------------	---------

d. Solicitando la intervención de un nivel superior?

Nunca	De vez en cuando	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------------	---------	--------------	---------

SATISFACCION CON LOS SISTEMAS DE APOYO

52. En qué medida diría Ud. que su trabajo tiene el apoyo adecuado y suficiente de los siguientes departamentos:

a. Aparato Administrativo y Planificación?

Ninguno	Muy poco	Poco	Suficiente	Mucho
---------	----------	------	------------	-------

b. Supervisión?

Ninguno	Muy poco	Poco	Suficiente	Mucho
---------	----------	------	------------	-------

c. Logística (materiales, reactivos, medicamentos, etc)?

Ninguno	Muy poco	Poco	Suficiente	Mucho
---------	----------	------	------------	-------

d. Capacitación?

No hay capacitación	Hay muy poca capacitación	Hay poca capacitación	Hay alguna capacitación	Hay mucha capacitación
---------------------	---------------------------	-----------------------	-------------------------	------------------------

e. Retroalimentación e información?

No hay retroalimentación	Hay muy poca retroalimentación	Hay poca retroalimentación	Hay suficiente retroalimentación	Hay mucha retroalimentación
--------------------------	--------------------------------	----------------------------	----------------------------------	-----------------------------

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

10

f. El transporte?

Ninguno Muy poco Poco Suficiente Mucho

SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO - Se siente Ud. satisfecho con ...

- | | | | | | | |
|-----|---|------------------|--------------------|-----------------|-----------------|----------------|
| 53. | ...su trabajo? | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Algo satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
| 54. | ...su supervisor? | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Algo satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
| 55. | ...su pago? | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Algo satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
| 56. | ...la amistad y cooperación de sus compañeros? | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Algo satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
| 57. | ...el progreso que ha hecho en su trabajo hasta la fecha? | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Algo satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
| 58. | ...sus oportunidades de progreso en su carrera en el futuro? | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Algo satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
| 59. | ...el status (posición) que el trabajo le da en la comunidad? | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Algo satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
| 60. | ...el ambiente de trabajo? | Muy insatisfecho | Insatisfecho | Algo satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho |
| 61. | "Frecuentemente pienso dejar este trabajo". En relación a esta afirmación, Ud. está en: | Desacuerdo total | Desacuerdo parcial | Neutral | Acuerdo parcial | Total acuerdo |

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

CAPACITACION

62. Cuando Ud. comenzó el trabajo en el programa, qué período de entrenamiento y orientación recibió en relación al mismo?
- | | | | | |
|---------------------|----------------|-------------------|----------------|--------------|
| Pocas horas o menos | Cerca de 1 día | Cerca de 1 semana | Cerca de 1 mes | Más de 1 mes |
|---------------------|----------------|-------------------|----------------|--------------|
63. Cuántas horas por semana utiliza Ud. fuera o en su trabajo para leer o entrenarse en tareas del mismo?
- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Menos de 1 hora por semana | Alrededor 1-3 horas por semana | Alrededor 4-6 horas por semana | Alrededor 7-9 horas por semana | Alrededor 10 horas por semana o más |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
64. Con qué frecuencia realizan capacitación en su trabajo para el Programa o Servicio?
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|
| Menos de 1 vez al año | Más o menos cada 6 meses | Más o menos cada 3 meses | Más o menos cada mes | Más de 1 vez al mes |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|
65. Cuándo fue la capacitación más reciente?
- | | | | | |
|-------------------|------------------|------------------------|------------------------|-------------|
| Hace más de 1 año | En el último año | En los últimos 6 meses | En los últimos 3 meses | En este mes |
|-------------------|------------------|------------------------|------------------------|-------------|
66. En los últimos 6 meses, cuántas horas de capacitación recibió por el Programa?
- | | | | | |
|----------------|--------------|---------------|----------------|-------------------|
| 1 hora o menos | De 2-6 horas | De 7-12 horas | De 13-18 horas | De 19 horas o más |
|----------------|--------------|---------------|----------------|-------------------|

LOGISTICA

En los últimos tres meses, para la atención de los pacientes, con qué frecuencia le faltó ...

67. ... equipamiento
- | | | | | |
|-------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Ninguna vez | Cerca de 1 vez al mes | Cerca de 2-3 veces al mes | Cerca de 1 vez a la semana | Cada día o casi diariamente |
|-------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|
68. ... materiales importantes
- | | | | | |
|-------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Ninguna vez | Cerca de 1 vez al mes | Cerca de 2-3 veces al mes | Cerca de 1 vez a la semana | Cada día o casi diariamente |
|-------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|
69. ... medicamentos
- | | | | | |
|-------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Ninguna vez | Cerca de 1 vez al mes | Cerca de 2-3 veces al mes | Cerca de 1 vez a la semana | Cada día o casi diariamente |
|-------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|
70. ... material educativo
- | | | | | |
|-------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Ninguna vez | Cerca de 1 vez al mes | Cerca de 2-3 veces al mes | Cerca de 1 vez a la semana | Cada día o casi diariamente |
|-------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

71. ... tiempo
Ninguna vez Cerca de 1 vez al mes Cerca de 2-3 veces al mes Cerca de 1 vez a la semana Cada día o casi diariamente

72. ... personal
Ninguna vez Cerca de 1 vez al mes Cerca de 2-3 veces al mes Cerca de 1 vez a la semana Cada día o casi diariamente

En los últimos tres meses, con qué frecuencia se han quedado pacientes sin atender, debido a la falta de ...

73. ... tiempo
Ninguna vez Cerca de 1 vez al mes Cerca de 2-3 veces al mes Cerca de 1 vez a la semana Cada día o casi diariamente

74. ... personal
Ninguna vez Cerca de 1 vez al mes Cerca de 2-3 veces al mes Cerca de 1 vez a la semana Cada día o casi diariamente

75. ... recursos
Ninguna vez Cerca de 1 vez al mes Cerca de 2-3 veces al mes Cerca de 1 vez a la semana Cada día o casi diariamente

76. En los últimos tres meses, cuando tuvieron que derivar pacientes, con qué frecuencia encontraron dificultades para el transporte?
Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre

77. En los últimos tres meses, con qué frecuencia encontraron dificultades de transporte para cumplir con las necesidades del Programa?
Ninguna vez Cerca de 1 vez al mes Cerca de 2-3 veces al mes Cerca de 1 vez a la semana Cada día o casi diariamente

78. En relación al ambiente disponible para el Programa:
El ambiente es muy pequeño, no se puede trabajar El ambiente es pequeño, se trabaja con mucha dificultad El ambiente es pequeño, pero se puede trabajar El ambiente es amplio, se trabaja bien El ambiente es muy amplio, se trabaja muy bien

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

73

HABILIDADES EN EL TRABAJO

	Prefiero A mucho más	Prefiero A un poco más	Neutral	Prefiero B un poco más	Prefiero B mucho más
79. Trabajo A Un empleo que paga bien.				Trabajo B Un trabajo donde hay considerable oportunidad para ser creador innovador.	
80. Trabajo A Un empleo donde frecuentemente tiene que hacer decisiones importantes.				Trabajo B Un empleo con muchas personas agradables con quien trabajar.	
81. Trabajo A Un trabajo donde las personas que hacen el mejor trabajo reciben la mayor responsabilidad.				Trabajo B Un trabajo donde la responsabilidad se dá a los empleados más fieles y antiguos.	
82. Trabajo A Un empleo en una organizacion que tiene problemas financieros y es posible que tenga que cerrar dentro del año.				Trabajo B Un trabajo donde no se puede decir nada acerca del horario del trabajo o acerca de los procedimientos usados para realizarlo.	
	Prefiero A mucho más	Prefiero A un poco más	Neutral	Prefiero B un poco más	Prefiero B mucho más
83. Trabajo A Un trabajo muy rutinario.				Trabajo B Un trabajo donde sus compañeros no son muy amistosos.	
84. Trabajo A Un trabajo con un supervisor quien frecuentemente es muy crítico con Ud. y su trabajo en frente de otras personas.				Trabajo B Un trabajo que no le permite usar una cantidad de habilidades que se esforzó mucho en desarrollar.	
85. Trabajo A Un trabajo con un supervisor que lo estima y le trata con justicia.				Trabajo B Un trabajo que provee oportunidades constantes para aprender cosas nuevas y cosas interesantes.	

C.S.: ___ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** ___

74

86. **Trabajo A**
Un trabajo donde hay pocas posibilidades de despido.
87. **Trabajo A**
Un trabajo donde hay posibilidad real de desarrollar habilidades nuevas y promoverse en la organización.
88. **Trabajo A**
Un trabajo con poca libertad e independencia para realizarlo en la manera que Ud. cree que es la mejor.
89. **Trabajo A**
Un trabajo donde el equipo trabaja muy bien junto.
90. **Trabajo A**
Un trabajo que le ofrece pequeño o ningún reto.

- Trabajo B**
Un trabajo con poca posibilidad para hacer del trabajo un reto.
- Trabajo B**
Un trabajo que le provee mucho tiempo de vacaciones y un paquete excelente de beneficio extras.
- Trabajo B**
Un trabajo donde las condiciones de trabajo son malas.
- Trabajo B**
Un trabajo que le permite usar sus habilidades y pericias en toda su extensión.
- Trabajo B**
Un trabajo que requiere estar completamente aislado de sus compañeros.

PERCEPCION DEL DESEMPEÑO DE LA UNIDAD

91. En total, qué porcentaje de los objetivos de desempeño del Programa fueron alcanzados por su establecimiento el año pasado?
- | | | | | |
|---------|-----------|-------|---------|-------|
| Ninguno | Muy pocos | Pocos | Algunos | Todos |
|---------|-----------|-------|---------|-------|
92. En relación a otros Centros de Salud, cómo se comportó su Establecimiento el último año según los siguientes tópicos:
- a. La cantidad de trabajo producido?
- | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|
| Muy debajo del promedio | Por debajo del promedio | En el promedio | Por encima del promedio | Muy por encima del promedio |
|-------------------------|-------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|
- b. La calidad o precisión del trabajo producido?
- | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|
| Muy debajo del promedio | Por debajo del promedio | En el promedio | Por encima del promedio | Muy por encima del promedio |
|-------------------------|-------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|
- c. El número de ideas nuevas o innovaciones introducidas por el Establecimiento?
- | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|
| Muy debajo del promedio | Por debajo del promedio | En el promedio | Por encima del promedio | Muy por encima del promedio |
|-------------------------|-------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------|

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

d. Prestigio por excelente trabajo?

Muy debajo del promedio	Por debajo del promedio	En el promedio	Por encima del promedio	Muy por encima del promedio
-------------------------	-------------------------	----------------	-------------------------	-----------------------------

e. Logro de metas de producción del Establecimiento o metas del servicio?

Muy debajo del promedio	Por debajo del promedio	En el promedio	Por encima del promedio	Muy por encima del promedio
-------------------------	-------------------------	----------------	-------------------------	-----------------------------

f. Eficiencia de las actividades del Establecimiento?

Muy debajo del promedio	Por debajo del promedio	En el promedio	Por encima del promedio	Muy por encima del promedio
-------------------------	-------------------------	----------------	-------------------------	-----------------------------

g. Moral del personal del Establecimiento?

Muy debajo del promedio	Por debajo del promedio	En el promedio	Por encima del promedio	Muy por encima del promedio
-------------------------	-------------------------	----------------	-------------------------	-----------------------------

OTROS

93. Por cuánto tiempo trabaja en el Ministerio de Salud?

Menos de 6 meses	6 meses - 2 años	3-5 años	6-10 años	Más de 10 años
------------------	------------------	----------	-----------	----------------

94. Por cuánto tiempo trabaja en el Establecimiento de Salud?

Menos de 6 meses	6 meses - 2 años	3-5 años	6-10 años	Más que 10 años
------------------	------------------	----------	-----------	-----------------

95. Indique su sexo (1=mujer, 2=varón)

96. Cuántos años cumplió Ud. en su último cumpleaños?

97. A cuántas personas mantiene Ud. con su salario?

98. Cuántos años de educación académica o profesional ha obtenido después del Colegio?

99. ¿Cuál es el grado más alto que ha obtenido? (1=Diploma de Primaria, 2=Diploma de Secundaria, 3=Técnico, 4=Grado de Bachiller, 5=Licenciado, 6=Título Profesional, 7=Maestría)

100. Cómo se llama el encargado del Programa?

102. Cómo se llama su supervisor inmediato ("real"o para su trabajo del Programa?)

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** _____

JKE-CED - Conocimiento en el Programa CED

Las siguientes son preguntas, que nos ayudarán a conocer cuales serán los tópicos de mayor importancia para futuras capacitaciones. Estas preguntas tienen 5 posibilidades de respuesta, Ud. deberá escoger sólo una y marcarla con un círculo (la que considere la correcta). A continuación le presentamos un ejemplo:

La vacuna antisarampionosa se aplica:

- (a) Al recién nacido
- (b) A los dos meses de edad
- (c) A los 9 meses de edad
- (d) Al año de edad
- (e) A los cinco años de edad

La respuesta correcta en este caso es (c) y Ud. debe rellenar el círculo con lápiz.

-
1. **Se considera que un niño tiene diarrea cuando tiene:** 001 ____
- (a) 4 ó más deposiciones al día
 - (b) 3 ó más deposiciones sueltas o líquidas al día
 - (c) Deposiciones formadas mal olientes y ruidosas
 - (d) 5 ó más deposiciones pastozas
 - (e) Ninguna de las anteriores
2. **Cuando un niño tiene diarrea debe:** 002 ____
- (a) Suspenderse la leche materna
 - (b) Dársele menos jugos frescos
 - (c) Dársele más líquidos
 - (d) Dársele menos alimentos
 - (e) Suspenderse la leche de vaca
3. **Las sales de rehidratación oral:** 003 ____
- (a) Pueden ser utilizadas más de 24 horas, luego de preparada
 - (b) Es de color blanca cuando está bien conservada
 - (c) Es de color amarillo cuando está bien conservada
 - (d) Se prepara con un litro de agua hervida caliente
 - (e) Se prepara con medio litro de agua hervida fría
4. **Al niño con diarrea debe:** 004 ____
- (a) Administrársele antidiarréicos
 - (b) Indicársele antibióticos
 - (c) Indicársele antiespasmódicos
 - (d) Derivársele al médico
 - (e) Derivársele al médico si la diarrea es con moco y sangre
5. **Lo mejor para prevenir la diarrea en menores de 12 meses es:** 005 ____
- (a) Dar al niño lactancia materna
 - (b) Tener servicio de agua potable
 - (c) Vacunarlo contra la polio
 - (d) Administración de vitaminas
 - (e) Todas las anteriores
6. **Se utiliza plan A, cuando el niño:** 006 ____
- (a) Tiene entre 4-10 diarreas al día
 - (b) Su sed está muy aumentada
 - (c) No tiene signos de deshidratación
 - (d) Tiene los ojos hundidos
 - (e) Ninguna de las anteriores

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

7. **Se utiliza plan C, cuando el niño:** 007 _____
- (a) Tiene menos de 4 diarreas por día; tiene los ojos ligeramente hundidos; y su orina es escasa y oscura
 - (b) Tiene la fontanela hundida; la boca y lengua secas; y está irritable
 - (c) Al pellizcarle la piel regresa lentamente; está somnoliento; y tiene su boca y lengua húmedas
 - (d) No orinó en las últimas 6 horas; está inconciente; y sus ojos están muy hundidos
 - (e) Está alerta; su fontanela está hundida; y su piel al pellizcarla regresa rápidamente a su lugar
8. **Se utiliza Plan B, cuando el niño presenta lo siguiente:** 008 _____
- (a) Fontanela muy hundida; respiración muy rápida y profunda; y ha tenido más de 10 deposiciones al día
 - (b) Su orina está normal; su sed está normal; y está alerta
 - (c) Boca y lengua húmedas; no tiene vómitos; y al pellizcarle la piel regresa rápidamente a su lugar
 - (d) Su orina es escasa; sus ojos están ligeramente hundidos; y su sed está aumentada
 - (e) Ninguna de las anteriores
9. **La solución de rehidratación oral:** 009 _____
- (a) Puede guardarse más de 24 horas
 - (b) Debe darse aunque el niño no tenga diarreas
 - (c) Es más efectiva si se prepara con menos de un litro de agua
 - (d) Previene la diarrea
 - (e) Debe darse después de cada diarrea
10. **Terminado el tratamiento de rehidratación oral; cuál de los siguientes mensajes educativos no es correcto:** 010 _____
- (a) Que dé SRO por cada dos tomas de suero casero
 - (b) Que proporcione más líquidos de los que usualmente le dá
 - (c) Que continúe ofreciéndole alimentos fáciles de digerir
 - (d) Que busque signos precoces de deshidratación o empeoramiento
 - (e) Que dé SRO cada vez que el niño tenga diarrea
11. **Cuál de las siguientes, no es una tarea del trabajador de salud:** 011 _____
- (a) Enseñar a la madre a preparar y administrar la SRO
 - (b) Educar a la madre sobre prevención de la diarrea
 - (c) Evaluar el resultado de la terapia de la rehidratación oral
 - (d) Dar indicaciones de antidiarreicos
 - (e) Decidir el Plan de tratamiento según cada caso
12. **Durante la TRO, cual de las siguientes acciones no es correcta :** 012 _____
- (a) Si el niño presenta vómitos se suspende el tratamiento y se deriva para atención médica
 - (b) Cuando está hidratado se suspende el tratamiento y se le dá indicaciones para que continúe en el domicilio
 - (c) Si en las primeras evaluaciones está más deshidratado se pasa a Plan C
 - (d) La efectividad del tratamiento se evaluó cada 1 - 2 horas
 - (e) Si se logra hidratarlo antes de las 6 horas, puede dársele de alta con indicaciones para su domicilio
13. **Cuál de las siguientes posibilidades, no es una contraindicación para la terapia de rehidratación oral:** 013 _____
- (a) Distensión abdominal
 - (b) Vómitos incoercibles (frecuentes y abundantes)
 - (c) Sensorio muy deprimido
 - (d) Niños con enfermedades graves: meningitis, sepsis
 - (e) Niños desnutridos

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

18

14. **La deshidratación implica:** 014 _____
 (a) Pérdida de agua corporal
 (b) Pérdida de sales
 (c) Pérdida de agua corporal y sales
 (d) Pérdida de grasas
 (e) Ninguna de las anteriores
15. **En relación a la alimentación del niño con diarrea, señale la respuesta incorrecta:** 015 _____
 (a) Se debe suspender los alimentos y dar sólo líquidos ó panetela
 (b) Continuar con alimentación normal
 (c) Continuar dando lactancia materna
 (d) Alimentarlo más frecuentemente (5-7 veces al día)
 (e) Ninguna
16. **Para diagnosticar el grado de deshidratación; cuál de las siguientes acciones no es imprescindible:** 016 _____
 (a) Debe preguntársele a la madre cuantas diarreas presenta su niño al día
 (b) Debe preguntársele si tiene vómitos
 (c) Se debe observar su estado general
 (d) Se le debe pesar
 (e) Se debe examinar su pulso
17. **El suero casero se prepara con:** 017 _____
 (a) Un litro de agua limpia, 2 zanahorias, 8 cucharadas de azúcar y 1 cucharadita de sal
 (b) Un litro de agua limpia, 8 cucharaditas de azúcar y 2 cucharaditas de sal
 (c) Medio litro de agua limpia, 8 cucharaditas de azúcar y 1 cucharadita de sal
 (d) Un litro de agua limpia, 6 cucharaditas de azúcar y 2 cucharaditas de sal
 (e) Un litro de agua limpia, 8 cucharaditas de azúcar y 1 cucharadita de sal
18. **En relación a los mensajes educativos para prevenir la diarrea, señale la respuesta incorrecta:** 018 _____
 (a) Dar lactancia materna durante los primeros 6 meses
 (b) Dar alimentos recién preparados y bien cocidos
 (c) Usar agua limpia para beber
 (d) Lavado de las manos
 (e) Usar sólo agua potable
19. **Si durante la terapia de rehidratación oral, el niño ingiere poca solución de rehidratación oral, ó la rechaza y no se encuentra mejoría, Ud. debe:** 019 _____
 (a) Pasar a Plan A
 (b) Pasar a Plan C
 (c) Administrarla más insistientemente
 (d) Suspender la administración de TRO
 (e) Ninguna de las anteriores
20. **Una de las indicaciones a la madre en Plan A, es:** 020 _____
 (a) Dar solución de rehidratación oral cada 1-2 horas según el peso del niño
 (b) Dar solución de rehidratación oral cada media hora
 (c) Dar bebidas gaseosas, en caso de no disponer de SRO
 (d) Dar suero casero cada 1-2 horas
 (e) Ninguna de las anteriores

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

A

21. **El tratamiento de la diarrea en el hogar incluye:** 021 _____
- (a) Restringir alimentos sólidos, dar más líquidos y descontinuar la leche de tarro
 - (b) Dar alimentos frescos y sólidos, restringir los líquidos, pero continuar con leche
 - (c) Dar frutas frescas, alimentos sólidos y no machacados
 - (d) Aumentar los líquidos y seguir dando alimentos y lactancia materna
 - (e) Ninguna de las anteriores
22. **La evaluación de la fontanela se realiza en:** 022 _____
- (a) Niños de cualquier edad
 - (b) Sólo en recién nacidos
 - (c) Niños hasta los 2 años
 - (d) Niños desnutridos
 - (e) Niños hasta los 12 meses de edad
23. **Si Ud. evaluaría el grado de hidratación a través de la piel, lo examinaría:** 023 _____
- (a) Presionando la piel del niño durante 15 segundos y soltándola rápidamente
 - (b) Pellizcando la piel entre los dedos formando un pliegue de piel para ver el rubor natural
 - (c) Pellizcando la piel entre los dedos formando un pliegue y observando si se pone azulada
 - (d) Pellizcando la piel entre los dedos formando un pliegue y observando en cuanto tiempo regresa a la normalidad
 - (e) Ninguna de las anteriores
24. **El mejor lugar para buscar el signo del pliegue es:** 024 _____
- (a) El dorso de la mano
 - (b) El dorso del pie
 - (c) El tórax
 - (d) La parte posterior del cuello
 - (e) El abdomen

A continuación le presentaremos 5 casos de niños como los que Ud. recibe en la Unidad de Rehidratación Oral donde trabaja. Por favor, lealos cuidadosamente y conteste las preguntas que a continuación se presentan. Para contestarlas, tiene a la vista las listas 1 y 2 que se describen más adelante. Para la primera pregunta de cada caso, deberá ubicar en las pequeñas historias uno de los signos más importantes para determinar el tratamiento, luego identificarlo en los números de la lista 1 y colocarlo como su respuesta. Para la segunda pregunta de cada caso, sólo debe elegir el tratamiento que Ud. considera más adecuado para cada caso. Hay más de una respuesta correcta, elija sólo una. Las respuestas pueden repetirse en los diferentes casos.

CASO A: Jorgito, es un niño de 8 meses, presenta entre 3 y 4 deposiciones líquidas al día, vómitos aunque no muy frecuentes, fiebre, tos y su sed está muy aumentada. Al examinarlo, sus ojos están hundidos, su boca y lengua están secas, al pellizcarle la piel regresa lentamente, su pulso es rápido y su abdomen es normal.

25. En relación al cuadro descrito, uno de los signos más importantes de los dados para determinar el tratamiento es: 025 _____

_____ (Escoja un número de la lista 1)

26. Para este caso descrito, cuál es el tratamiento que Ud. elegiría? 026 _____

_____ (Escoja un número de la lista 2)

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

CASO B: Una niña de 1 año presenta desde ayer deposiciones sueltas, en número de 3 por día, con moco y sangre, además fiebre y un poco de tos. Al examinarla, está alerta y su boca y lengua están húmedas. Al pellizcarle la piel regresa rápidamente a su lugar.

27. En relación al cuadro descrito, uno de los signos más importantes de los dados para determinar el tratamiento es: 027 _____

_____ (Escoja un número de la lista 1)

28. Para este caso descrito, cuál es el tratamiento que Ud. elegiría? 028 _____

_____ (Escoja un número de la lista 2)

CASO C: Un niño de 4 meses presenta diarreas desde un día antes, en número de aproximadamente 10 veces/día, líquidas; vómitos frecuentes, cada vez que se le ofrece alimentos. Al examinarlo se le encuentra deprimido, ojos muy hundidos, fontanela muy hundida, al pellizcarle la piel regresa muy lentamente, su boca y mucosas están muy secas, y respira muy rápidamente.

29. En relación al cuadro descrito, uno de los signos más importantes de los dados para determinar el tratamiento es: 029 _____

_____ (Escoja un número de la lista 1)

30. Para este caso descrito, cuál es el tratamiento que Ud. elegiría? 030 _____

_____ (Escoja un número de la lista 2)

CASO D: Un niño de 6 meses de edad es llevado por diarreas, está muy adelgazado, hace una semana su peso era de 4 kilos. Tiene poco apetito y su orina es escasa. Al examen presenta ojos hundidos, boca y lengua húmedas, el pliegue de la piel se deshace con facilidad, fontanela algo deprimida.

31. En relación al cuadro descrito, uno de los signos más importantes de los dados para determinar el tratamiento es: 031 _____

_____ (Escoja un número de la lista 1)

32. Para este caso descrito, cuál es el tratamiento que Ud. elegiría? 032 _____

_____ (Escoja un número de la lista 2)

CASO E: Una niña de 2 meses de edad presenta deposiciones sueltas desde hace 3 días, no vómitos, sed aumentada y orina oscura. Al examen está alerta, con ojos muy hundidos, fontanela ligeramente hundida, al pellizcarle la piel regresa lentamente, y el abdomen sumamente hinchado (al tocarlo el bebe llora).

33. En relación al cuadro descrito, uno de los signos más importantes de los dados para determinar el tratamiento es: 033 _____

_____ (Escoja un número de la lista 1)

34. Para este caso descrito, cuál es el tratamiento que Ud. elegiría? 034 _____

_____ (Escoja un número de la lista 2)

C.S.: _____ , FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

LISTA No. 1

Para responder la primera pregunta de cada caso

DE LA HISTORIA CLINICA

- 1 DIARREA/VECES POR DIA
- 2 VOMITOS
- 3 ORINA
- 4 SED
- 5 DIARREA CON SANGRE O MOCO
- 6 DURACION DE DIARREA
- 7 FIEBRE
- 8 ANTECEDENTES

DEL EXAMEN FISICO

- 9 ESTADO GENERAL
- 10 PRESION ARTERIAL
- 11 OJOS
- 12 BOCA Y LENGUA
- 13 RESPIRACION
- 14 PIEL
- 15 PULSO
- 16 FONTANELA
- 17 LLENADO CAPILAR
- 18 PESO
- 19 ESTADO NUTRICIONAL
- 20 TEMPERATURA
- 21 ABDOMEN
- 22 EXTREMIDADES

LISTA No. 2

Para responder la segunda pregunta de cada caso.

- 1 DA A LA MADRE MENSAJES EDUCATIVOS
- 2 COMIENZA CON TRO
- 3 COMIENZA CON REHIDRATACION ENDOVENOSA INMEDIATAMENTE
- 4 COMIENZA CON Sonda NASOGASTRICA INMEDIATAMENTE
- 5 DA ANTIBIOTICOS
- 6 DA ANTIEMETICOS
- 7 DA ANTIESPASMODICOS
- 8 DA ANTIBIOTICOS Y ANTIEMETICOS
- 9 DA TRO Y DESPUES MANDA AL PACIENTE AL MEDICO U HOSPITAL MAS CERCANO
- 10 MANDA AL PACIENTE AL MEDICO U HOSPITAL MAS CERCANO MIENTRAS ADMINISTRAR TRO
- 11 NO DA TRO Y MANDA EL PACIENTE AL MEDICO U HOSPITAL MAS CERCANO
- 12 INDICA TRATAMIENTO EN SU DOMICILIO
- 13 SOLICITA EVALUACION MEDICA

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

A continuación le presentamos preguntas que relacionan los casos presentados. Ud. debe escoger una de las 5 posibilidades que se presentan para cada pregunta, la que Ud. considere correcta.

35. Si Ud. tuviera a estos niños en la cola de espera para atención en su Unidad de Rehidratación Oral, su atención sería: 005 ___
- (a) En orden de llegada
 - (b) Atendería al niño del Caso A primero
 - (c) Atendería al niño del Caso C primero
 - (d) Atendería al niño del Caso E primero
 - (e) Atendería al niño del caso D primero
36. De los casos presentados, el de menor preocupación para Ud. es: 006 ___
- (a) Caso A
 - (b) Caso B
 - (c) Caso C
 - (d) Caso D
 - (e) Caso E

En las siguientes preguntas, para cada párrafo elija una de las dos posibilidades que se colocan a la izquierda:

Elija V (verdadero) si considera que el párrafo es correcto.
Elija F (falso) si considera que el párrafo no es correcto.

Le presentamos un ejemplo:

V F La vacuna BCG se aplica al recién nacido.

Esta afirmación es verdadera, por lo tanto se debe poner un círculo en V, pues esta es la respuesta correcta.

37. V F El caso A presenta signos de deshidratación de mayor importancia que el caso C 007 ___
38. V F El caso A presenta signos de deshidratación de mayor importancia que el caso B 008 ___
39. V F El caso D presenta signos de deshidratación de mayor importancia que el caso B 009 ___
40. V F El caso E presenta signos de deshidratación de mayor importancia que el caso B 040 ___
41. V F El caso D presenta signos de deshidratación de mayor importancia que el caso E 041 ___
42. V F El Caso D necesita ser evaluado por un médico más urgentemente que el Caso B por su pérdida de peso y deshidratación. 042 ___
43. V F El Caso B necesita tratamiento antibiotico más que el Caso A por el problema de moco y sangre. 043 ___
44. V F El Caso D necesitaría ser visto por un médico antes que el Caso E porque su estado de deshidratación es más grave. 044 ___
45. V F El Caso E requiere TRO más que el Caso A. 045 ___

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____



JKE-CRE - Conocimiento del Programa CRE

Las siguientes son preguntas, que nos ayudarán a conocer cuales serían los tópicos de mayor importancia para futuras capacitaciones. Estas preguntas tienen 5 posibilidades de respuesta, Ud. deberá escoger sólo una y marcarla con un círculo (la que considere correcta). A continuación le presentamos un ejemplo:

La vacuna antisarampionosa se aplica:

- (a) Al recién nacido
- (b) A los dos meses de edad
- (c) A los 9 meses de edad
- (d) Al año de edad
- (e) A los cinco años de edad

La respuesta correcta en este caso es (c) y Ud. debe rellenar el círculo con lápiz.

-
1. **Se entiende por crecimiento al:** 001 _____
- (a) Aumento progresivo de la talla.
 - (b) Aumento progresivo del peso.
 - (c) Aumento progresivo del perímetro cefálico.
 - (d) Aumento progresivo del valor de las diversas medidas corporales.
 - (e) Aumento progresivo del peso y la talla.
2. **La velocidad de crecimiento está influida por:** 002 _____
- (a) Factores desconocidos.
 - (b) El estado de nutrición y las enfermedades.
 - (c) Factores del clima.
 - (d) Las condiciones del clima y de higiene.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
3. **El color rojo en la gráfica de control de crecimiento y desarrollo, significa que el niño:** 003 _____
- (a) Tiene un peso adecuado para su edad.
 - (b) Tiene sobre peso.
 - (c) Es desnutrido de primer grado.
 - (d) Es desnutrido de segundo grado.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
4. **Una curva de crecimiento horizontal, quiere decir que el niño está:** 004 _____
- (a) Creciendo normalmente.
 - (b) En riesgo.
 - (c) Desnutrido severo.
 - (d) Desnutrido leve.
 - (e) Tiene retardo psicomotor.
5. **Un niño a los 3 meses:** 005 _____
- (a) Se sienta solo.
 - (b) Reconoce a las personas.
 - (c) Sostiene la cabeza.
 - (d) Trata de imitar sonidos.
 - (e) Todas las anteriores.
6. **Se denomina lactante al niño:** 006 _____
- (a) Hasta los 3 meses.
 - (b) Hasta los 6 meses.
 - (c) Hasta los 9 meses.
 - (d) Hasta los 12 meses.
 - (e) Hasta los 2 años.

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

84

7. **Se denomina pre-escolar al niño:** 007 _____
(a) Entre 1 y 4 años.
(b) Entre 2 y 4 años.
(c) Entre 1 y 5 años.
(d) Entre 2 y 5 años.
(e) Ninguno de los anteriores.
8. **El niño en los primeros 6 meses de edad, debe aumentar de peso aproximadamente:** 008 _____
(a) 600 grs por mes.
(b) 200 grs por mes.
(c) 900 grs por mes.
(d) 1 kilo por mes.
(e) 300 grs por mes.
9. **El niño en el segundo semestre, debe aumentar de peso aproximadamente:** 009 _____
(a) 300 grs por mes.
(b) 500 grs por mes.
(c) 1 kgr por mes.
(d) 900 grs por mes.
(e) 800 grs por mes.
10. **El niño en el primer año de vida, debe crecer:** 010 _____
(a) 10 cms por mes.
(b) 6 cms por mes.
(c) 5 cms por mes.
(d) 2 cms por mes.
(e) Ninguna.
11. **El niño de uno a cuatro años, debe crecer, en promedio:** 011 _____
(a) 10 cms por año.
(b) 5 cms por año.
(c) 3 cms por año.
(d) 15 cms por año.
(e) 2 cms por año.
12. **La maniobra de Ortolani en el recién nacido, se utiliza para:** 012 _____
(a) Averiguar si el testículo está descendido.
(b) Descartar la posibilidad de hidrocefalea.
(c) Descartar la posibilidad de enfermedad del corazón.
(d) Averiguar si tuvo asfíxia al nacer.
(e) Ninguna de las anteriores.
13. **La edad en que la mayoría de los niños controlan sus esfínteres es:** 013 _____
(a) Antes del año.
(b) Entre el año y el año y medio de edad.
(c) Entre el año y medio y los dos años de edad.
(d) Entre los dos años y los dos años y medio de edad.
(e) Entre los dos años y medio y los tres años de edad.
14. **La fontanela anterior usualmente se cierra entre:** 014 _____
(a) Los 6 y 8 meses de edad.
(b) Los 8 y 10 meses de edad.
(c) Los 12 y 18 meses de edad.
(d) Los 10 y 12 meses de edad.
(e) Los 12 y 24 meses de edad.
15. **La fontanela posterior usualmente se cierre entre:** 015 _____
(a) El primer y segundo mes.
(b) El tercero y cuarto mes.
(c) El sexto y séptimo mes.
(d) El 12 y 18 mes.
(e) No debe persistir a ninguna edad.

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____



16. **En relación al estrabismo, señale la respuesta correcta:** 016 ____
- (a) Indica que el niño requiere tratamiento quirúrgico.
 - (b) Indica que el niño no ve por el ojo desviado.
 - (c) Puede presentarse en forma intermitente hasta los 9 meses.
 - (d) Indica que el niño requiere vitamina A.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
17. **En relación a los recién nacidos, señale la respuesta correcta:** 017 ____
- (a) Es anormal la presencia de secreción láctea.
 - (b) Todos los varoncitos requieren circuncisión.
 - (c) Pierden cerca del 10% de su peso en la primera semana.
 - (d) Es anormal la secreción vaginal sanguinolenta en las mujercitas.
 - (e) Las hernias umbilicales requieren tratamiento quirúrgico.
18. **Señale lo correcto en relación a los ejercicios prepuciales en los recién nacidos varoncitos:** 018 ____
- (a) Se indican para evitar la fimosis.
 - (b) No están indicados, pueden producir fibrosis del prepucio.
 - (c) Son necesarios para la higiene de la zona.
 - (d) Evitan la circuncisión.
 - (e) Ninguno es correcto.
19. **La circunferencia craneana en relación a la torácica:** 019 ____
- (a) Es mayor a cualquier edad.
 - (b) Es menor a cualquier edad.
 - (c) Es mayor en los recién nacidos.
 - (d) Es menor en los recién nacidos.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
20. **En relación al perímetro braquial, señale lo correcto:** 020 ____
- (a) Es útil para evaluar el estado nutricional de una población.
 - (b) Se mide a la altura del tercio inferior del antebrazo derecho.
 - (c) Se mide a la altura del tercio superior del antebrazo izquierdo.
 - (d) Es útil sólo en lactantes.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
21. **El reflejo de Moro:** 021 ____
- (a) Indica daño cerebral.
 - (b) Es característico del recién nacido.
 - (c) Evalúa la fuerza de succión en el recién nacido.
 - (d) Se debe evaluar hasta el año de edad.
 - (e) Indica que el niño fue prematuro.
22. **El Test de Denver sirve para evaluar:** 022 ____
- (a) La audición, la visión y el lenguaje.
 - (b) El lenguaje, el área motora y la audición.
 - (c) El área motora, el lenguaje y el área social.
 - (d) La inteligencia, la visión y la audición.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
23. **Los primeros dientes erupcionan, generalmente entre los:** 023 ____
- (a) 5 y 7 meses.
 - (b) 7 y 10 meses.
 - (c) 10 y 12 meses.
 - (d) 12 y 14 meses.
 - (e) 16 y 20 meses.
24. **En relación al crecimiento de los niños en la altura, señale la respuesta correcta:** 024 ____
- (a) Los niños de la costa siempre son más altos que los de la altura.
 - (b) Es más rápido hasta la adolescencia, que en la costa.
 - (c) Es igual que en la costa.
 - (d) Es más lento hasta la adolescencia, que en la costa.
 - (e) Los niños de la altura siempre son más altos que los de la costa.

C.S.: ____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: ____

25. El mensaje educativo que debe dar a la madre en el control de crecimiento y desarrollo incluye: 025 _____
- (a) Prevención de diarrea (EDA).
 - (b) Prevención de infecciones respiratoria agudas (IRA).
 - (c) Inmunizaciones.
 - (d) Planificación Familiar.
 - (e) Todas las anteriores.

26. La alimentación en el niño menor de 1 año debe ser: 026 _____
- (a) Lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses y luego ablactancia.
 - (b) Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego ablactancia.
 - (c) Lactancia materna exclusiva hasta el año.
 - (d) Lactancia materna y artificial desde los 3 meses y luego ablactancia.
 - (e) Ninguna de las anteriores.

A continuación le presentaremos 3 casos de niños como los que Ud. recibe en su establecimiento de salud. Por favor, lealos cuidadosamente, y conteste las preguntas que a continuación se presentan. Para contestarlas, debe tener a la vista las listas 1 y 2 que se describen más adelante. Para la primera pregunta de cada caso, deberá identificar en los números de la lista 1 el problema que presenta cada pequeña historia y colocarlo como su respuesta. Para la segunda pregunta de cada caso, debe elegir de la lista 2, la conducta a seguir o manejo según el problema que identificó. Puede haber más de una respuesta correcta, elija sólo una. Las respuestas pueden repetirse en los diferentes casos.

CASO A: Un lactante de 3 meses de edad, es llevado por su madre para control de crecimiento y desarrollo. Un mes antes su peso fue de 4.2 kgs; talla: 53 cms y su perímetro cefálico: 38 cms. En el presente control, su su peso es de 4.7 kgs; talla: 55.5 cms y su perímetro cefálico: 42 cms. Al examen aún no se sienta solo, el ojito izquierdo lo desvía por momentos hacia la derecha y tiene granitos en la piel.

27. En relación al cuadro descrito, el problema presentado en la historia es: _____ (Escoja un número de la lista 1) 027 _____
28. Para este caso, la conducta a seguir es: _____ (Escoja un número de la lista 2) 028 _____

CASO B: Un niño de 1 año 6 meses de edad, es llevado para control. Su peso es de 6.5 kgs, su talla es de 72 cms. Viene de la sierra y nunca antes ha sido visto por un trabajador de salud; al examinarlo se encuentra que el testículo del lado derecho se palpa sólo por momentos y otros desaparece. La madre está preocupada por que aún no controla sus esfínteres y se expresa con palabras sueltas, no frases.

29. En relación al cuadro descrito, el problema presentado en la historia es: _____ (Escoja un número de la lista 1) 029 _____
30. Para este caso, la conducta a seguir es: _____ (Escoja un número de la lista 2) 030 _____

CASO C: Una recién nacida de 8 días de edad, es llevada a control. La madre está preocupada por que ha notado que su niña tiene secreción sanguinolenta por la vagina y hace deposiciones hasta 7 veces al día. Su peso al nacer fue de 3.6 kgs. Recibe lactancia materna. Al examinarla su peso actual es de 3.240 kgs; se observa deposiciones pastosas y escasa secreción sanguinolenta por la vagina y también secreción lactea; el examen de cadera evidencia discreta asimetría de pliegues, hay disminución del movimiento lateral de la cadera derecha y la maniobra de Ortolani es positiva.

31. En relación al cuadro descrito, el problema presentado en la historia es: _____ (Escoja un número de la lista 1) 031 _____
32. Para este caso, la conducta a seguir es: _____ (Escoja un número de la lista 2) 032 _____

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

51

LISTA No. 1

Para responder la primera pregunta de cada caso

- 1 FALTA DE VACUNAS
- 2 SU PESO NO ES NORMAL
- 3 SU TALLA NO ES NORMAL
- 4 SU PERIMETRO CEFALICO NO ES NORMAL
- 5 ESTA ENFERMO (PRESENTA SECRECIONES)
- 6 TIENE RETARDO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR
- 7 TIENE PROBLEMAS DEL LENGUAJE
- 8 NO HAY NINGUN PROBLEMA (ES UN NIÑO SANO)
- 9 ES DESNUTRIDO SEVERO
- 10 ES OBESO
- 11 TIENE CRIPTORQUIDEA
- 12 TIENE FIMOSIS
- 13 TIENE ESTRABISMO
- 14 TIENE LUXACION DE CADERA
- 15 TIENE HERNIA UMBILICAL
- 16 TIENE DIARREA

LISTA No. 2

Para responder la segunda pregunta de cada caso

- 1 REQUIERE EVALUACION MEDICA
- 2 REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO
- 3 REQUIERE EVALUACION PSICOLOGICA
- 4 REQUIERE VACUNAS
- 5 NO REQUIERE VACUNAS
- 6 REQUIERE ANTIDIARREICOS
- 7 REQUIERE VITAMINAS
- 8 REQUIERE SOLO MENSAJES ELUCATIVOS
- 9 REQUIERE EVALUACION MEDICA Y PSICOLOGICA
- 10 REQUIERE EVALUACION MEDICA Y VACUNAS
- 11 REQUIERE TRANSFERENCIA A UN HOSPITAL

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____



JKE-IRA - Conocimiento del Programa IRA

Las siguientes son preguntas que nos ayudarán a conocer cuales serán los tópicos de mayor importancia para futuras capacitaciones. Estas preguntas tienen 5 posibilidades de respuesta, Ud. deberá escoger sólo una y marcarla con un círculo (la que considere correcta). A continuación le presentamos un ejemplo:

La vacuna antisarampionosa se aplica:

- (a) Al recién nacido
- (b) A los dos meses de edad
- (c) A los 9 meses de edad
- (d) Al año de edad
- (e) A los cinco años de edad

La respuesta correcta en este caso es (c) y Ud. debe rellenar el círculo con lápiz.

-
1. **La infección respiratoria aguda es:** 001 _____
- (a) Principalmente causada por virus o bacterias.
 - (b) Principalmente causada por exposiciones al frío.
 - (c) Falta de higiene.
 - (d) Falta de vitaminas.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
2. **Algunos de los factores condicionantes para incrementar la frecuencia de IRA y su severidad son:** 002 _____
- (a) Malnutrición, falta de agua potable y servicios higiénicos.
 - (b) Hacinamiento, falta de inmunizaciones y climas muy fríos.
 - (c) Hacinamiento, malnutrición y lactancia artificial.
 - (d) Lactancia artificial, climas muy fríos y falta de agua potable.
 - (e) Contaminación del ambiente, falta de inmunizaciones y lactancia materna.
3. **La IRA se manifiesta por la presencia de uno ó más de los siguientes síntomas ó signos:** 003 _____
- (a) Tos, diarrea y fiebre.
 - (b) Obstrucción nasal, dolor de oído y vómitos.
 - (c) Pus en el oído, desnutrición y diarreas.
 - (d) Dolor de garganta, tiraje y vómitos.
 - (e) Tos, respiración rápida y rinorrea.
4. **La IRA leve se distingue de la moderada por la presencia de:** 004 _____
- (a) Tos con expectoración purulenta.
 - (b) Secreción nasal purulenta.
 - (c) Presencia de tiraje.
 - (d) Respiración menor de 50 veces por minuto.
 - (e) Dolor y enrojecimiento de garganta.
5. **La IRA grave se distingue de la moderada por la presencia de:** 005 _____
- (a) Respiración mayor de 50 veces por minuto.
 - (b) Presencia de deshidratación.
 - (c) Presencia de disfonía ó voz apagada.
 - (d) Presencia de fiebre.
 - (e) Presencia de tiraje.
6. **Algunos de los signos que asociados a IRA, le confieren gravedad son:** 006 _____
- (a) Otitis media (pus del oído) y desnutrición leve.
 - (b) Deshidratación leve y fiebre.
 - (c) Dificultad para beber y dificultad para despertar.
 - (d) Secreción purulenta del oído y de las fosas nasales.
 - (e) Ninguna de las anteriores.

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

51

7. **Algunos de los grupos prioritarios de atención en IRA son:** 007 _____
- (a) Niños desnutridos.
 - (b) Niños menores de 2 meses.
 - (c) Niños menores de 5 años con diarrea aguda.
 - (d) Niños con parasitosis.
 - (e) Sólo (a) y (b) son ciertas.
8. **Para decir que un niño tiene tiraje; se debe:** 008 _____
- (a) Contar sus respiraciones por minuto.
 - (b) Observar si tiene dificultad para pasar los alimentos.
 - (c) Escuchar si hace ruido al respirar.
 - (d) Observar si al toser se pone morado.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
9. **Se dá Plan de tratamiento A, cuando el niño tiene:** 009 _____
- (a) Respiración mayor de 50 veces por minuto, secreción nasal purulenta y dolor de garganta.
 - (b) Disfonía ó voz apagada, secreción nasal de cualquier color y tiraje.
 - (c) Dificultad para beber, tos exigente y respiración mayor de 50 veces por minuto.
 - (d) Respiración menor de 50 veces por minuto sin tiraje, secreción nasal de cualquier color, dolor y enrojecimiento de garganta.
 - (e) Respiración menor de 50 veces por minuto con tiraje, dolor y enrojecimiento de garganta y disfonía o voz apagada.
10. **Se dá Plan de tratamiento B, cuando el niño tiene:** 010 _____
- (a) Respiración mayor de 50 veces por minuto sin tiraje, oído con dolor persistente y garganta con pus.
 - (b) Respiración menor de 50 veces por minuto con tiraje, oído con secreción purulenta y ganglios cervicales agrandados.
 - (c) Respiración menor de 50 veces por minuto sin tiraje, tos exigente y dificultad para pasar los alimentos.
 - (d) Fiebre alta, dolor persistente de oído y tiraje.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
11. **Se dá Plan de tratamiento C, cuando el niño tiene:** 011 _____
- (a) Respiración menor de 50 veces por minuto sin tiraje, garganta con pus y disfonía ó voz apagada
 - (b) Respiración mayor de 50 veces por minuto sin tiraje, oído con dolor persistente y garganta con pus.
 - (c) Respiración mayor de 50 veces por minuto, desnutrición y fiebre alta.
 - (d) Secreción nasal purulenta, más de 50 respiraciones por minuto y garganta enrojecida con pus.
 - (e) Tiraje, estridor en reposo y garganta con membranas grisáceas.
12. **Las indicaciones para la madre, en el Plan A, incluyen:** 012 _____
- (a) Desobstruir la nariz tupida, abundantes líquidos y antibióticos.
 - (b) Estimular la alimentación, dar medicamentos para la tos y para bajar la temperatura.
 - (c) Estimular la alimentación, dar abundante líquidos y controlar la temperatura del niño.
 - (d) Indicar medicamentos para la tos, controlar la temperatura y dar abundantes líquidos.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
13. **Las indicaciones para la madre en el Plan B, incluyen:** 013 _____
- (a) Antibióticos, medicamentos para la tos y para la fiebre.
 - (b) Abundantes líquidos, antibióticos y medicamentos para la fiebre.
 - (c) Medicamentos para la tos y para la fiebre.
 - (d) Inhalaciones, abundantes líquidos y medicamentos para la tos.
 - (e) Antibióticos y medicamentos para la tos.

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

14. **El manejo del paciente en Plan C incluye:** 014 _____
 (a) Antibióticos inyectables y medicamentos para la tos.
 (b) Antibióticos orales y medicamentos para la fiebre.
 (c) Antibióticos y abundantes líquidos.
 (d) Inhalaciones, abundantes líquidos y medicamentos para la fiebre.
 (e) Ninguno de los anteriores.
15. **El diagnóstico de IRA leve, quiere decir que el niño:** 015 _____
 (a) Tiene tos exigente y tiraje.
 (b) No tiene neumonía.
 (c) Tiene dolor de garganta y dificultad para despertar.
 (d) Tiene pleuresía.
 (e) Tiene dificultad para beber.
16. **El niño con IRA moderada:** 016 _____
 (a) Tiene neumonía.
 (b) Tiene tiraje.
 (c) Tiene fiebre y tiraje.
 (d) Tiene deshidratación y tiraje.
 (e) Tiene dificultad para beber y para despertar.
17. **El niño con IRA grave:** 017 _____
 (a) Tiene respiración mayor de 50 veces por minuto y dificultad para beber.
 (b) Requiere tratamiento ambulatorio con antibióticos y medidas de apoyo en el hogar.
 (c) Tiene neumonía grave.
 (d) Tiene desnutrición grave y respiración mayor de 50 veces por minuto.
 (e) Ninguna de las anteriores.
18. **Las medidas de prevención de IRA incluyen:** 018 _____
 (a) Inmunización (contra el sarampión, difteria y pertusis), lactancia materna y control del ambiente doméstico.
 (b) Nutrición apropiada, administración de vitaminas e inmunización (contra la polio).
 (c) Lactancia materna, higiene personal e inmunización (contra la TBC).
 (d) Nutrición apropiada, eliminación de la basura y administración de vacunas.
 (e) Lactancia materna, inmunización (contra la TBC) y administración de vitaminas.
19. **El tratamiento de la IRA en Plan B, incluye:** 019 _____
 (a) Ampicilina en jarabe y antipiréticos.
 (b) Ampicilina en inyectable y antipiréticos.
 (c) Penicilina endovenosa y nebulizaciones.
 (d) Cotrimoxazol y antipiréticos.
 (e) Ningún antibiótico ni antipiréticos.
20. **El manejo de la IRA en Plan C, incluye:** 020 _____
 (a) Transferencia al hospital más cercano.
 (b) Solicitar radiografía de pulmones para evaluación médica.
 (c) Cotrimoxazol en jarabe y medidas de apoyo en el hogar.
 (d) Penicilina benzatínica y medicamentos para la tos.
 (e) Ninguna de las anteriores.
21. **La secreción verdosa de las fosas nasales indica que:** 021 _____
 (a) El niño tiene una infección y requiere antibióticos.
 (b) Debe catalogarse como Plan B.
 (c) El niño ha inhalado humos de tabaco ó cocina.
 (d) Debe catalogarse como Plan C.
 (e) Ninguna de las anteriores.
22. **Para evaluar a un paciente con IRA, es imprescindible:** 022 _____
 (a) Examinarlo con estetoscopio.
 (b) Tomarle la temperatura.
 (c) Controlar su frecuencia respiratoria.
 (d) Observar su estado de nutrición e hidratación.
 (e) Controlar la frecuencia respiratoria y observar como respira.

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

23. La primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años en nuestro país es:

023 _____

- (a) La deshidratación.
- (b) La diarrea.
- (c) La desnutrición.
- (d) Las infecciones respiratorias agudas.
- (e) La deshidratación por diarrea.

24. Para decir que un niño tiene estridor es necesario:

024 _____

- (a) Examinarle los pulmones.
- (b) Observar si al respirar la piel se hunde entre las costillas.
- (c) Examinarle la garganta.
- (d) Observar si se pone morado al toser.
- (e) Ninguna de las anteriores.

A continuación le presentamos 3 casos de niños como los que Ud. recibe en su establecimiento de salud. Por favor, lealos cuidadosamente, y conteste las preguntas que se presentan. Para contestarlas, debe tener a la vista las listas 1 y 2 que se describen más adelante. Para la primera pregunta de cada caso, deberá ubicar en las pequeñas historias, uno de los signos más importantes para determinar el tratamiento luego identificarlo en los números de la lista 1 y colocarlo como su respuesta. Para la segunda pregunta de cada caso, sólo debe elegir el tratamiento que Ud. considera más adecuado. Hay más de una respuesta correcta, elija sólo una. Las respuestas pueden repetirse en los diferentes casos.

CASO A: Carlitos, es un niño de 2 meses de edad, con 4 kilos de peso; que acude con su madre al Centro de Salud por presentar desde hace 3 días tos exigente, fiebre y secreción nasal. Al examinarlo, presenta una frecuencia respiratoria de 58 veces por minuto, su piel en el torax se hunde notablemente al respirar y tiene dificultad para beber.

25. En relación al caso descrito, la información más importante para decidir el tratamiento es:

_____ (Escoja un número de la Lista 1)

025 _____

26. Para este caso, cuál es el tratamiento que Ud. elegiría?

_____ (Escoja un número de la Lista 2)

026 _____

CASO B: Una niña de 8 meses de edad, es llevada al Centro, por presentar desde hace 2 días, secreción nasal de color verdoso, fiebre que en una oportunidad fue cuantificada en 38.5 C y llanto ronco. Su frecuencia respiratoria es de 40 veces por minuto, su temperatura es de 37.9 C (rectal), y respira sin dificultad.

27. En relación al caso descrito, la información más importante para decidir el tratamiento es:

_____ (Escoja un número de la Lista 1)

027 _____

28. Para este caso, cuál es el tratamiento que Ud. elegiría?

_____ (Escoja un número de la Lista 2)

028 _____

CASO C: Un lactante de 2 meses de edad, es llevado a su Centro, por presentar desde hace 3 días, fiebre de 39 C, según refiere la madre respira más rápido que usualmente. Al examinarlo, Ud. encuentra que su frecuencia respiratoria es de 56 veces por minuto, no está con fiebre, respira sin dificultad y su garganta está enrojecida y con puntos blanquecinos.

29. En relación al caso descrito, la información más importante para decidir el tratamiento es:

_____ (Escoja un número de la Lista 1)

029 _____

30. Para este caso, cuál es el tratamiento que Ud. elegiría?

_____ (Escoja un número de la Lista 2)

030 _____

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

92

LISTA No. 1

Para responder la primera pregunta de cada caso

DE LA HISTORIA CLINICA

- 1 TOS
- 2 FIEBRE
- 3 DIARREA
- 4 SECRECION NASAL
- 5 TIEMPO DE ENFERMEDAD

DEL EXAMEN FISICO

- 6 ESTADO GENERAL
- 7 RESPIRACION/VECES POR MINUTO
- 8 VOZ O LLANTO
- 9 GARGANTA
- 10 OIDO
- 11 RESPIRACION/TIRAJE INTERCOSTAL
- 12 RESPIRACION/ESTRIDOR
- 13 DIFICULTAD PARA BEBER
- 14 CONVULSIONES
- 15 ESTADO NUTRICIONAL
- 16 ESTADO DE HIDRATACION
- 17 DIFICULTAD PARA DESPERTAR
- 18 TEMPERATURA

LISTA No. 2

Para responder la segunda pregunta de cada caso

1. MEDIDAS DE APOYO EN EL HOGAR SIN ANTIBIOTICOS
2. TRATAMIENTO AMBULATORIO CON ANTIBIOTICOS Y MEDIDAS DE APOYO EN EL HOGAR
3. REFERENCIA AL HOSPITAL
4. REFERENCIA AL HOSPITAL MIENTRAS ADMINISTRA OXIGENO
5. SOLICITA EVALUACION MEDICA
6. TRATAMIENTO AMBULATORIO CON ANTIBIOTICOS Y ANTITUSIGENOS (CONTRA LA TOS)
7. MEDIDAS DE APOYO EN EL HOGAR CON ANTIPIRETICOS Y ANTITUSIGENOS
8. MENSAJES EDUCATIVOS Y TRATAMIENTO AMBULATORIO CON ESPECTORANTES Y NEBULIZACIONES
9. TRATAMIENTO AMBULATORIO CON ANTITUSIGENOS Y NEBULIZACIONES
10. MEDIDAS DE APOYO EN EL HOGAR Y ANTITUSIGENOS
11. MEDIDAS DE APOYO EN EL HOGAR Y ESPECTORANTES

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

A continuación le presentamos preguntas que relacionan los casos presentados. Ud. debe escoger una de las 5 posibilidades que se presentan para cada pregunta; la que Ud. considere correcta.

31. Si Ud. tuviera a estos niños en la cola del triaje, esperando por atención; su atención sería: 031 _____
(a) Atendería al Caso A primero.
(b) Atendería al Caso B primero.
(c) Atendería al Caso C primero.
(d) En orden de llegada.

32. De los casos presentados el de menor preocupación para Ud. es: 032 _____
(a) Caso A.
(b) Caso B.
(c) Caso C.

En las siguientes preguntas, para cada párrafo elija una de las dos posibilidades que se colocan a la izquierda.

Elija V (verdadero) si considera que el párrafo es correcto.

Elija F (falso) si considera que el párrafo es falso.

Le presentamos un ejemplo:

V F La diarrea puede causar deshidratación.

Esta afirmación es verdadera, por lo tanto se debe poner un círculo en V, pues esta es la respuesta correcta.

33. V F El caso A, presenta signos de mayor gravedad que el caso B. 033 _____

34. V F El caso A, presenta signos de mayor gravedad que el caso C. 034 _____

35. V F El caso B, presenta signos de mayor gravedad que el caso C. 035 _____

36. V F El caso A, requiere evaluación médica más urgentemente que el caso B, porque presenta tiraje. 036 _____

37. V F El caso B, necesita tratamiento antibióticos más que el caso C, porque tiene secreción nasal verdosa. 037 _____

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

JKE-PAI - Conocimiento del Programa PAI

Las siguientes son preguntas, que nos ayudarán a conocer cuales serían los tópicos de mayor importancia para futuras capacitaciones. Estas preguntas tienen 5 posibilidades de respuesta, Ud. deberá escoger sólo una y marcarla con un círculo (la que considere correcta). A continuación le presentamos un ejemplo:

La deshidratación implica:

- (a) Pérdida de agua corporal
- (b) Pérdida de sales
- (c) Pérdida de agua corporal y sales
- (d) Pérdida de grasas
- (e) Ninguna de las anteriores

La respuesta correcta en este caso es (c) y Ud. debe rellenar el círculo con lápiz.

-
1. **La única contraindicación para cualquier tipo de vacuna es :** 001 ____
- (a) Enfermedades de la piel.
 - (b) Tratamiento con corticoides y antineoplásicos.
 - (c) Desnutrición severa.
 - (d) Fiebre.
 - (e) Enfermedades respiratorias.
2. **Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:** 002 ____
- (a) No se debe aplicar simultáneamente BCG, DPT, Antisarampionosa y Antipoliomielítica.
 - (b) La BCG se puede aplicar en recién nacidos de bajo peso.
 - (c) Con la aplicación simultánea de vacunas, se puede obtener los mismos niveles inmunitarios.
 - (d) Con la aplicación simultánea de vacunas no se pueden obtener los niveles inmunitarios necesarios.
 - (e) La aplicación simultánea de vacunas, está indicada sólo en niños con peso ideal para su edad.
3. **En cuanto a la duración de la inmunidad con dosis completa, señale lo correcto:** 003 ____
- (a) Se consigue una protección satisfactoria, exclusivamente en niños alimentados con lactancia materna.
 - (b) Se consigue una protección satisfactoria de diez años como mínimo.
 - (c) Se consigue protección satisfactoria exclusivamente en niños con el peso ideal, por espacio de diez años.
 - (d) Produce protección durante los primeros cinco años.
 - (e) Produce protección por cinco años como máximo.
4. **Luego de ser reconstituída la vacuna antisarampionosa, debe ser usada:** 004 ____
- (a) En las dos primeras horas y mantenerla a temperatura de 0 a + 6C.
 - (b) En las primeras seis horas y mantenerla a temperatura de 0 a + 8C.
 - (c) En las primeras horas y mantenerla a temperatura de 0C.
 - (d) En las doce primeras horas y mantenerla a temperatura de 0 a + 8C.
 - (e) En las primeras dos horas y mantenerla a temperatura de - 8C.
5. **En relación a la vacuna antisarampionosa señale lo correcto:** 005 ____
- (a) Se aplica a los 6 meses de edad, en dosis única para adquirir mayor inmunidad.
 - (b) Se aplica por vía intramuscular a partir de los 9 meses.
 - (c) Se aplica hasta el año de edad; en dosis de 0.5 ml. por vía intramuscular.
 - (d) Se aplica a partir de los 9 meses hasta los 11 meses en dosis de 0.1 ml.
 - (e) Ninguna de los anteriores.
6. **Cuál no es una reacción a la vacuna antisarampionosa:** 006 ____
- (a) Luego de 8 a 12 días puede presentarse fiebre.
 - (b) Puede presentarse vómitos y diarrea.
 - (c) Puede presentar reacción conjuntival que dura 3 o 4 días.
 - (d) En algunos niños puede presentarse una erupción parecida al sarampión.
 - (e) Todas las anteriores no son reacciones.

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

as

7. **El esquema correcto de inmunizaciones es:** 007 _____
- (a) R.N: BCG y antipolio; 2,4 y 6 meses: DPT y antipolio; 9 meses: antisarampionosa.
 - (b) R.N: antipolio; 2,3 y 4 meses: antipolio y DPT; 9 meses: antisarampionosa y 6 años: BCG.
 - (c) R.N: BCG y antipolio; 2,3 y 4 meses: DPT y antipolio; 9 meses: antisarampionosa y 6 años: BCG.
 - (d) R.N: BCG; 2,3 y 4 meses: DPT y antipolio; 9 meses: antisarampionosa y 5 años: BCG.
 - (e) R.N: BCG y antipolio; 2,3 y 4 meses antipolio y DPT; 11 meses: antisarampionosa.
8. **Para verificar el estado de conservación de la vacuna DPT, se debe:** 008 _____
- (a) Agitar el frasco, aspirar el contenido; si se forma sedimento se puede usar.
 - (b) Agitar el frasco y dejar reposar por 5 minutos; si el líquido se torna transparente y sedimento está en buenas condiciones.
 - (c) Agitar el frasco y dejar reposar por 5 minutos; si el líquido se torna transparente y sedimento se debe deshechar.
 - (d) Extraer la vacuna en la jeringa y agitarla por espacio de 5 minutos; si se observa algún sedimento se puede usar.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
9. **En cuanto a la administración de la vacuna DPT, señale lo correcto:** 009 _____
- (a) Se aplica por vía intramuscular en la nalga 0.5 cc, en dosis única
 - (b) Se administra por vía intramuscular en el brazo 0.5 cc, por tres dosis.
 - (c) Se administra por vía subcutánea 0.5 ml, por tres dosis.
 - (d) Se aplica por vía intramuscular en la nalga 0.5 cc, por tres dosis.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
10. **En relación a la vacuna DPT, señale lo correcto:** 010 _____
- (a) No se puede aplicar la vacuna a niños con diarrea, fiebre y resfrío común.
 - (b) No vacunar a niños menores de 5 años por peligro de producir encefalitis.
 - (c) No vacunar a niños desnutridos.
 - (d) No vacunar a niños mayores de 5 años por peligro de producir encefalitis.
 - (e) No vacunar a niños mayores de 2 años por peligro de producir encefalitis.
11. **En relación a vacunas, señale lo correcto:** 011 _____
- (a) Son productos químicos que curan las enfermedades.
 - (b) Son productos biológicos derivados de gérmenes atenuados.
 - (c) Protegen contra ciertas enfermedades.
 - (d) Se preparan con sueros de animales.
 - (e) Sólo (b) y (c) son correctas.
12. **En cuanto a la aplicación de la vacuna antipolio, señale lo correcto:** 012 _____
- (a) Se aplican cuatro dosis, la primera al nacer, y las siguientes al tercer, cuarto y quinto mes.
 - (b) Se aplican por vía oral, a los recién nacidos y niños de 2 a 11 meses, con intervalos de tres meses entre cada dosis.
 - (c) Se aplican cuatro dosis, la primera al nacer y las siguientes al segundo, tercer y cuarto mes.
 - (d) Se aplican en tres dosis, la primera al nacer y las demás al segundo y tercer mes con intervalo de un mes.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
13. **En relación a la vacuna BCG, cual de las siguientes afirmaciones es correcta:** 013 _____
- (a) Almacenada congelada y al abrigo de la luz tiene actividad hasta la fecha indicada.
 - (b) Una vez reconstituida debe ser utilizada durante las siguientes 6 horas.
 - (c) Se presenta generalmente en ampollas de una dosis.
 - (d) Una vez reconstituida debe ser utilizada en las siguientes 12 horas.
 - (e) Se aplica con la finalidad de curar la meningitis y la tuberculosis.
14. **La vía de administración y dosis de BCG es:** 014 _____
- (a) Subcutánea en el brazo, dosis de 0.01 ml.
 - (b) Intradérmica en la nalga, dosis de 0.1 ml.
 - (c) Intradérmica en el brazo derecho, dosis de 1 cm.
 - (d) Subcutánea en el brazo derecho, dosis de 0.1 cm.
 - (e) Intradérmica, dosis de 0.1 cc.

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

15. **En cuanto a las reacciones específicas de la vacuna BCG, señale lo correcto:** 015 ____
- (a) Manchas rojizas al segundo día en la zona de aplicación.
 - (b) Fiebre en el tercer ó cuarto día de aplicada.
 - (c) Hinchazón y rubor en la zona de aplicación al segundo día.
 - (d) Pápula eritematosa de 12 meses de duración que se absorbe con medicamentos.
 - (e) Induración pápulo-eritematosa de hasta 10mm. de diámetro a las 3 ó 4 semanas.
16. **Las siguientes son contraindicaciones para aplicar BCG, cual de ellas es incorrecta:** 016 ____
- (a) Niños con peso mayor de 2,500 grs.
 - (b) Recién nacidos con trauma obstétrico.
 - (c) Recién nacidos con enfermedades de la piel.
 - (d) Niños en tratamiento con corticoides.
 - (e) Recién nacidos con peso menor de 2,000 grs.
17. **Se considera a un niño protegido cuando:** 017 ____
- (a) Ha recibido una dosis de cada una de las vacunas.
 - (b) Ha recibido dos dosis de cada una de las vacunas.
 - (c) Ha recibido el número total de dosis indicadas para cada una de las vacunas.
 - (d) Ha recibido el número total de dosis indicadas para cada una de las vacunas, con intervalo no menor de 1 mes.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
18. **La finalidad de aplicar BCG es:** 018 ____
- (a) Disminuir la tuberculosis meningea en lactantes y pre-escolares.
 - (b) Disminuir la tuberculosis pulmonar en pre-escolares.
 - (c) Disminuir la bronconeumonía tuberculosa.
 - (d) Disminuir la tuberculosis en desnutridos.
 - (e) Disminuir la reinfección tuberculosa.
19. **La aplicación del toxoide tetánico en la gestante es para:** 019 ____
- (a) Evitar las convulsiones de la madre durante el parto.
 - (b) Evitar las convulsiones del recién nacido.
 - (c) Prevenir el tétano en la madre.
 - (d) Prevenir el tétano en el recién nacido.
 - (e) Prevenir el tétano en la madre y el recién nacido.
20. **En cuanto al toxoide de tetánico, cuál de los siguientes enunciados es correcto:** 020 ____
- (a) Se debe mantener a una temperatura de 0 a - 8 grados centígrados.
 - (b) Mantenerlo congelado es lo ideal para asegurar su potencia.
 - (c) Se debe mantener a una temperatura de 0 a 8 grados centígrados.
 - (d) Puede reemplazar a la DPT.
 - (e) Viene en frasco ampolla de 20 dosis más el diluyente.
21. **La vía de administración y dosis para el toxoide tetánico es:** 021 ____
- (a) Intramuscular, dos dosis de 0.5 cc con intervalo mínimo de 1 mes.
 - (b) Intramuscular, dosis única de 0.5 ml.
 - (c) Subcutánea, dos dosis de 0.5 cc con intervalo de 1 mes.
 - (d) Intramuscular, dos dosis de 1 cc con intervalo mínimo de 1 mes.
 - (e) Intramuscular, dos dosis de 0.05 cc con intervalo de 2 meses.
22. **La vacunación con toxoide tetánico está indicada en:** 022 ____
- (a) Mujeres gestantes entre el 4to. y 7mo. mes de embarazo.
 - (b) Mujeres desde el primer mes de embarazo y niños mayores de 5 años.
 - (c) Niños mayores de 5 años y adultos expuestos al riesgo (agricultores).
 - (d) Solo (a) y (c).
 - (e) Solo (b) y (c).
23. **Cuál de las siguientes es una contraindicación para la aplicación del toxoide tetánico:** 023 ____
- (a) En niños menores de 5 años por peligro de producir encefalitis.
 - (b) Mujeres con antecedentes de convulsiones.
 - (c) En personas con enfermedades de la piel.
 - (d) Niños con problemas convulsivos.
 - (e) Ninguna de los anteriores.

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

91

24. **Se denomina Cadena de Frío a:** 024 _____
- (a) La conservación, congelación y distribución de las vacunas a temperatura correcta.
 - (b) La conservación y distribución de las vacunas a temperatura correcta.
 - (c) La conservación, manejo y distribución de las vacunas a temperatura correcta.
 - (d) El manejo y la distribución de las vacunas a temperatura correcta.
 - (e) La congelación, manejo y distribución de las vacunas a temperatura correcta.
25. **Señale lo incorrecto en relación al refrigerador:** 025 _____
- (a) Estar a la sombra y lejos de toda fuente de calor.
 - (b) A unos 15 cm. de la pared.
 - (c) La temperatura debe estar entre 0 C y 8 C.
 - (d) Perfectamente horizontal.
 - (e) Ninguna de las anteriores.
26. **La posición correcta de las vacunas en el refrigerador es:** 026 _____
- (a) No deben colocarse en bandejas en los estantes centrales.
 - (b) Colocarlas en los estantes inferiores.
 - (c) Las bandejas no deben ser perforadas.
 - (d) La parte superior de las bandejas debe quedar descubierta para que circule el aire.
 - (e) Colocarlas en las puertas.

A continuación le presentamos 4 casos de niños como los que Ud. recibe en su establecimiento de salud. Por favor, lealos cuidadosamente, y conteste la pregunta. Para contestarla, debe tener a la vista la lista 1 de donde debe identificar en los números, el manejo o conducta a seguir. La última situación presentada se refiere a un caso administrativo, ubique la fórmula que resuelve la pregunta en la lista 1. Puede haber más de una respuesta correcta, elija sólo una. Las respuestas pueden repetirse en los diferentes casos.

CASO A: Un niño de 1 año, es traído por su madre a vacunación. No tiene carnet, la madre recuerda vagamente que hace más o menos seis meses le aplicaron una inyección en la nalga y le dieron unas gotitas en la boca. El niño presenta unas pequeñas ampollas en las manos que le pican mucho, además de congestión nasal y tos.

27. En este caso, la conducta a seguir (manejo) es:
 _____ (Escoja un número de la lista 1) 027 _____

CASO B: Un niño de 2 meses, con 4 kilos de peso acude a vacunaciones, tiene las primeras dosis de las vacunas que le corresponden. Desde ayer está con diarreas, muy lloroso e irritable; fiebre de 38 grados. La madre informa que su otro hijo de 4 años está con tos convulsiva.

28. En este caso, la conducta a seguir (manejo) es:
 _____ (Escoja un número de la lista 1) 028 _____

CASO C: Una madre trae a su niño de 10 meses, para que le apliquen la 3ra. dosis de DPT y Polio, según el carnet su última dosis fue hace 7 meses. La madre manifiesta que viajó y por eso no pudo cumplir con el calendario de sus vacunas y que actualmente está en tratamiento con ampicilina, por haber tenido tos.

29. En este caso, la conducta a seguir (manejo) es:
 _____ (Escoja un número de la lista 1) 029 _____

CASO D: En el Asentamiento Humano "Héroes de San Juan", al final del año se aplicaron 2,600 dosis de DPT: 1,000 primeras dosis, 1,500 segundas dosis y 100 terceras dosis. Cuál es la cobertura de inmunización, si tenemos una población de 1,000 niños menores de un año?

30. La fórmula para encontrar la respuesta es:
 _____ (Escoja un número de la lista 1) 030 _____

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

10

LISTA No.1

1. SOLICITA EVALUACION MEDICA
2. BAJA LA TEMPERATURA Y NO APLICA VACUNAS
3. CONSULTA CON EL MEDICO PARA APLICACION DE VACUNAS
4. TRANSFIERE AL NIÑO PARA SU HOSPITALIZACION
5. INICIA ESQUEMA DE VACUNACIONES Y DA NUEVO CARNET
6. NO APLICA DPT Y SOLICITA EVALUACION MEDICA
7. APLICA LAS DOSIS QUE CORRESPONDEN SEGUN CARNET; ANTIPOLIO, NO REGISTRA EN EL CARNET Y DA NUEVA CITA
8. APLICA LAS DOSIS QUE CORRESPONDEN SEGUN CARNET
9. INDICA TRATAMIENTO PARA EL RESFRIO
10. APLICA DPT Y DA NUEVA CITA PARA ANTIPOLIO
11. APLICA DPT Y POLIO, DANDO NUEVA CITA PARA ANTIPOLIO
12. No. DE DOSIS TOTALES x 100
POBLACION < DE 1 AÑO
13. No. DE SEGUNDAS DOSIS x 100
POBLACION < DE 1 AÑO
14. No. DE TERCERAS DOSIS x 100
POBLACION < DE 1 AÑO

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: *_____

99

JKE -PF- Conocimiento del Programa PF

Las siguientes son preguntas, que nos ayudarán a conocer cuales serían los tópicos de mayor importancia para futuras capacitaciones. Estas preguntas tienen 5 posibilidades de respuesta, Ud. deberá escoger sólo una y marcarla con un círculo (la que considere correcta). A continuación le presentamos un ejemplo:

La vacuna antisarampionosa se aplica:

- (a) Al recién nacido
- (b) A los dos meses de edad
- (c) A los 9 meses de edad
- (d) Al año de edad
- (e) A los cinco años de edad

La respuesta correcta en este caso es (c) y Ud. debe llenarla con lápiz.

-
1. **Cual de las siguientes condiciones no es contraindicación absoluta para el uso de anticonceptivos orales:** 001 ____
- a) Enfermedades hepáticas (reciente).
 - b) Fumadoras (más de 20 cigarrillos al día) de 30 años o más
 - c) Várices superficiales.
 - d) Antecedentes de tromboflebitis
 - e) Hemorragia uterina
2. **El dispositivo intrauterino debe ser insertado:** 002 ____
- a) Después de 1 mes.
 - b) Dentro de los primeros 5 días después del aborto completo
 - c) Solamente durante la regla para quienes toman anticonceptivos orales
 - d) Durante la primera regla después del parto normal
 - e) Durante la primera regla después del aborto incompleto
3. **Señale lo correcto en relación al Método del Moco o de Billings:** 003 ____
- a) Que anote las fechas de las menstruaciones durante un año
 - b) Que evite las relaciones sexuales hasta el sexto día después del día de ovulación
 - c) Puede tener relaciones sexuales durante la aparición del moco
 - d) Que debe tomarse la temperatura diariamente
 - e) Evitar las relaciones sexuales durante la aparición del moco
4. **Cual de las siguientes no es correcta sobre el uso de químicos:** 004 ____
- a) No es necesario aplicarlo por cada relación sexual
 - b) Se necesita depositarlo en la vagina de 10 a 15 minutos antes de la primera relación sexual
 - c) No se lo debe usar con procesos inflamatorios agudos de vagina
 - d) Se debe llenar el aplicador con el anticonceptivo crema, espuma o jaleas
 - e) La usuaria debe estar acostada de espaldas para depositarlo
5. **Cual de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la muestra Papanicolaou:** 005 ____
- a) Obtiene una secreción mediante rotación de 180 grados
 - b) Debe hacer el examen bimanual antes de tomar la muestra
 - c) Se necesita una muestra de las células escamosas y columnares
 - d) Necesita poner una capa gruesa de muestra
 - e) Azul de metileno
6. **Cual de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la muestra para detectar tricomonas:** 006 ____
- a) Se tiene que agregar a la lámina una gota de hidróxido de potasio al 10%
 - b) Preparada la muestra debe observarla inmediatamente al microscopio
 - c) Se toma solo del cuello uterino
 - d) La tricomonas es redonda
 - e) No se mezcla con Suero fisiológico

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

7. **En relación a los mensajes educativos para anticonceptivos orales, señale la respuesta correcta:** 007 ____
- a) La menstruación debe presentarse inmediatamente al terminar la caja con 21 pastillas
 - b) Si usa la caja de 21 pastillas, que espere cinco días para reiniciar su uso con la nueva
 - c) Debe comenzar a tomar las pastillas tan pronto como las reciba
 - d) La primera pastilla debe ser tomada el primer día de la menstruación
 - e) Si usa la caja de 28 pastillas, inicie la nueva caja al día siguiente de terminada la anterior
8. **Cual de las siguientes es correcta acerca del DIU Lippes Loop:** 008 ____
- a) Los hilos deben visualizarse un máximo de 2 centímetros del cervix
 - b) La inserción muy rápida es más cómoda para la paciente
 - c) No debe mantener una tracción firme sobre la pinza de cuello
 - d) No debe permanecer dentro del aplicador más de un minuto
 - e) No necesita Histerometría
9. **Cual de las siguientes es correcta acerca de las complicaciones del uso del DIU:** 009 ____
- a) Aumenta las varices
 - b) Disminuye la secreción lactea
 - c) Incidencia de Tromboflebitis
 - d) Embarazo Ectópico
 - e) Aumento de la Presión Arterial
10. **Cual de las siguientes afirmaciones no es correcta en relación al DIU:** 010 ____
- a) No es frecuente que presente secreción sero-sanguinolenta
 - b) Puede presentar sangrado intermenstrual durante los dos o tres primeros meses
 - c) El período menstrual no debe cambiar después de la inserción de un DIU
 - d) Hemorragias uterinas son comunes después de la inserción de la DIU
 - e) Si presenta anemia leve, debe consultar a un especialista
11. **En relación a Planificación Familiar cual de las siguientes afirmaciones es correcta sobre el seguimiento de la paciente:** 011 ____
- a) No es necesario citar a la paciente más que cada año
 - b) El Pap debe ser realizado en cada visita a pacientes que toman anticonceptivos orales
 - c) Se necesita tomar la presión arterial de las pacientes que usan DIU
 - d) No se necesita evaluar el método a menos que la paciente lo pida
 - e) Se necesita visitar a la usuaria después de 3 días si no acude a la cita
12. **En cual de las siguientes afirmaciones es más importante hacer seguimiento en Planificación Familiar:** 012 ____
- a) Usuarías de DIU
 - b) Usuarías de Anticonceptivos orales
 - c) Usuarías de Metodos Naturales
 - d) Usuarías de Metodos Químicos
 - e) Todas las anteriores
13. **Cual de las siguientes afirmaciones no es una razón para discontinuar el uso de anticonceptivos orales:** 013 ____
- a) Leucorrea
 - b) Alteraciones en la regulación de la glucosa
 - c) Edema en la pierna, dolor y calambres
 - d) Signos de problemas hepáticos
 - e) Cefalea brusca
14. **Cual de las siguientes métodos de planificación familiares más eficaz:** 014 ____
- a) Diafragma vaginal
 - b) Billings
 - c) Ritmo
 - d) Espuma
 - e) Calendario

C.S.: ____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: ____

101

- 15. Cual de las siguientes podrían usar los métodos naturales:** 015 ____
- Mujeres en período de lactancia
 - Mujeres con ciclos irregulares
 - Mujeres con pareja de gran dominio sexual
 - Mujeres en el post parto con lactancia
 - Mujeres de todos los niveles educacionales
- 16. Cual de las siguientes indicaciones debe saber la paciente sobre el uso del condón:** 016 ____
- Puede colocarse antes de que el hombre tenga la erección
 - Se debe colocar el condón desenrollado
 - No se debe dejar ningún espacio libre en la punta
 - Se debe usar los espermaticidas en conjunto con el condón para protección extra
 - Se debe retirar el pene antes de que esté flácido
- 17. Cual de las siguientes afirmaciones es correcta acerca del uso de la esponja:** 017 ____
- Cambia el PH de la vagina
 - Sirve solamente como barrera mecánica
 - Se prepara una solución en un vaso de agua caliente
 - Se introduce la esponja adentro de la vagina inmediatamente antes de la relación sexual
 - Se retira la esponja 2 horas después de la relación sexual
- 18. Cual de las siguientes afirmaciones es correcta sobre el uso del diafragma vaginal:** 018 ____
- Se debe permanecer con el diafragma por 24 horas después de la relación sexual
 - Es aceptable usar con infecciones del suelo pélvico
 - La aplicación de jalea o crema espermicida por fuera del diafragma es suficiente
 - Es de dos tamaños
 - Debe lavarlo con agua y jabón después de retirarla
- 19. Cual de las siguientes afirmaciones es correcta acerca de los métodos naturales:** 019 ____
- Se debe tomar la temperatura diariamente en la mañana después de comer
 - El método de Billings es un buen método con infecciones cervicales
 - La mujer con una diferencia de 10 entre su ciclo más corto y más largo es susceptible de usar el método de Ogino Knauss
 - La tensión emocional altera las características del moco cervical
 - La ingestión de alcohol afecta la curva de la temperatura.
- 20. El método anticonceptivo menos recomendable para una mujer de 35 años con várices severas sería:** 020 ____
- De barrera
 - Anticonceptivos hormonales orales
 - Dispositivo intrauterino
 - Métodos naturales
 - Preservativo para el esposo
- 21. El método anticonceptivo más recomendable para una mujer conviviente de 16 años nulípara sería:** 021 ____
- Métodos hormonales inyectables
 - Métodos hormonales orales
 - Dispositivo intrauterino
 - Métodos de barrera
 - Métodos naturales
- 22. La presión arterial es importante medirla sobre todo al prescribir:** 022 ____
- Métodos de barrera
 - Métodos hormonales orales
 - Métodos naturales
 - Dispositivo intrauterino
 - Ninguno de los anteriores

C.S.: ____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: ____

23. La participación del cónyuge varón en planificación familiares importante en el uso de:

023 ____

- a) Métodos naturales
- b) Dispositivo intrauterino
- c) Método de barrera
- d) Anticonceptivos hormonales
- e) Todas las anteriores

24. El moco cervical claro, transparente elástica y filante, se presenta:

024 ____

- a) Al comienzo de la menstruación
- b) Al final de la menstruación
- c) Alrededor del día de la ovulación
- d) Cuando hay enfermedad pélvica
- e) Cuando hay infección vaginal

A continuación le presentaremos 6 casos de pacientes como los que Ud. recibe en su establecimiento de salud. Por favor, lea cuidadosamente cada caso, y conteste las preguntas que a continuación se presentan. Para contestarlas, debe tener a la vista las listas 1 y 2 que se describen más adelante. Para la primera pregunta de cada caso, deberá identificar en los números de la lista 1 el problema que presenta cada pequeña historia y colocarlo como su respuesta. Para la segunda pregunta de cada caso, debe elegir de la lista 2, la conducta a seguir o manejo según el problema que identificó. Puede haber más de una respuesta correcta, elija sólo una. Las respuestas pueden repetirse en los diferentes casos.

CASO A: Gregoria es una madre de 25 años con dos niños, el último de los cuales tiene 4 meses y se alimenta solo al pecho. Acude al servicio con su esposo pidiendo se les oriente para planificar su familia. Ella está sana y no ha padecido enfermedad importante. Su P/A es de 120/70 y no hay nada significativo en el examen.

25. Para decidir que método aconsejaría Ud. a esta pareja, la información más importante es:

____ Escoja un número de la Lista No.1

025 ____

26. Para este caso que método de planificación familiar, aconsejaría:

____ Escoja un número de la Lista No.2

026 ____

CASO B: Roberto y Ana son dos jóvenes enamorados; él tiene 18 años y ella 16. Mantienen relaciones sexuales desde hace 4 meses, pero acuden al Centro de Salud para "cuidarse"

27. Para decidir que método aconsejaría Ud. a esta pareja, la información más importante es:

____ Escoja un número de la Lista No.1

027 ____

28. Para este caso que método de planificación familiar, aconsejaría:

____ Escoja un número de la Lista No.2

028 ____

CASO C: Mujer de 39 años con 7 hijos y antecedentes de 2 abortos anteriores; manifiesta tener descendos, al examen se objetiva cervicitis.

29. Para decidir que método aconsejaría Ud. a esta pareja, la información más importante es:

____ Escoja un número de la Lista No.1

029 ____

30. Para este caso que método de planificación familiar, aconsejaría:

____ Escoja un número de la Lista No.2

030 ____

C.S.: ____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** ____

CASO D: Mujer de 25 años con una niña de 18 meses, que desde hace 6 meses usa anticonceptivos orales. Acude porque no le viene su regla hace 4 días de la fecha prevista.

31. Para decidir que método aconsejaría Ud. a esta pareja, la información más importante es:

_____ Escoja un número de la Lista No.1 031 _____

32. Para este caso que método de planificación familiar, aconsejaría:

_____ Escoja un número de la Lista No.2 032 _____

CASO E: Mujer de 32 años, 4 hijos. Usaria de D.I.U de hace 4 meses. Acude por sangrado vaginal en poca cantidad y dolor en hipogastrio de hace 15 días. Al exámen se constata sangrado y dolor moderado a la palpación en hipogastrio.

33. Para decidir que método aconsejaría Ud. a esta pareja, la información más importante es:

_____ Escoja un número de la Lista No.1 033 _____

34. Para este caso que método de planificación familiar, aconsejaría:

_____ Escoja un número de la Lista No.2 034 _____

CASO F: José y Genoveva acuden para consejos sobre planificación familiar. Ambos son católicos practicantes, ella tiene 23 años y una niña de año y medio. Ambos fuman habitualmente y ella tuvo hepatitis hace 4 meses.

35. Para decidir que método aconsejaría Ud. a esta pareja, la información más importante es:

_____ Escoja un número de la Lista No.1 035 _____

36. Para este caso que método de planificación familiar, aconsejaría:

_____ Escoja un número de la Lista No.2 036 _____

C.S.: _____ , FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

104

LISTA No.1

Para responder la primera pregunta de cada caso

DE LA HISTORIA CLINICA

- 1 EDAD
- 2 PARIDAD
- 3 ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD
- 4 RELIGION
- 5 LACTANCIA
- 6 TABAQUISMO
- 7 SANGRADO VAGINAL
- 8 AMENORREA
- 9 CERVICITIS
- 10 DOLOR EN HIPOGASTRIO
- 11 ALCOHOLISMO

DEL EXAMEN FISICO

- 1 PRESION ARTERIAL
- 2 DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO
- 3 LEUCORREA
- 4 SANGRADO VAGINAL
- 5 VARICES
- 6 TUMORES EN MAMAS
- 7 ANEMIA

LISTA No.2

Para responder la segunda pregunta de cada caso

- 1 DISPOSITIVO INTRAUTERINO
- 2 METODOS DE BARRERA
- 3 METODOS NATURALES
- 4 METODOS HORMONALES
- 5 METODOS QUIMICOS
- 6 METODOS QUIRURGICOS
- 7 LE ORDENA UN PREGNOSTICON
- 8 DA NUEVA CITA DENTRO DE 15 DIAS
- 9 TRANSFERENCIA PARA TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

105

JKE-SM - Conocimiento del Programa SM

Las siguientes son preguntas, que nos ayudarán a conocer cuales serían los tópicos de mayor importancia para futuras capacitaciones. Estas preguntas tienen 5 posibilidades de respuesta, Ud. deberá escoger sólo una y marcarla con un círculo (la que considere correcta). A continuación le presentamos un ejemplo:

La vacuna antisarampionosa se aplica:

- (a) Al recién nacido
- (b) A los dos meses de edad
- (c) A los 9 meses de edad
- (d) Al año de edad
- (e) A los cinco años de edad

La respuesta correcta en este caso es (c) y Ud. debe llenarla con lápiz.

1. **Cual de los siguientes es un criterio diagnóstico de enfermedad trofoblástica:**
 - (a) Utero de altura mayor que la correspondiente que el tiempo de gestación
 - (b) Nauseas y vómitos
 - (c) Test de embarazo negativo
 - (d) Oliguria
 - (e) Dolor hipogástrico tipo cólico
2. **Cual de los siguientes es un criterio diagnóstico de toxemia leve:**
 - (a) Proteinuria de 5 gr./ o más en 24 horas
 - (b) Visión borrosa
 - (c) Zumbido de oídos
 - (d) Dolor en epigastrio
 - (e) Edema de miembros inferiores
3. **Cual de los siguientes signos y/o síntomas se presenta en un embarazo normal:**
 - (a) Fiebre persistente
 - (b) Aumento de peso de 1 kilo por mes
 - (c) Ataques
 - (d) Pérdida de líquido verdoso
 - (e) Vómitos y náuseas
4. **Cual de las siguientes signos y síntomas hacen diagnóstico probable de Mastitis:**
 - (a) Temperatura de 38C o más
 - (b) Secreción purulenta
 - (c) Dolor y tumoración de mama
 - (d) Dolor en el hipogastrio
 - (e) (a) y (c) son correctas
5. **Cual de las siguientes es un probable Teratógenos:**
 - (a) Clomifeno
 - (b) Cloroquina
 - (c) Penicilamina
 - (d) Progestágenos
 - (e) Alcohol
6. **Cual de las siguientes afirmaciones es correcta en relación a la vacunación antitetánica:**
 - (a) La última dosis debe ser administrada a más tardar al sexto mes
 - (b) No previene el tetanos en la madre
 - (c) Se aplica la primera dosis al quinto mes de gestación
 - (d) La inmunización primaria es la administración de una dosis
 - (e) El intervalo entre la administración es de 4-5 semanas
7. **Cual de las siguientes son signos y síntomas que hacen sospechar en placenta previa:**
 - (a) Enfermedad hipertensiva sobre agregada
 - (b) Presentación fetal alta
 - (c) Hemorragia por genitales con dolor
 - (d) Utero de tamaño ligeramente aumentado
 - (e) Hipertonía uterina que impiden palpar partes fetales

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

- 106 -

8. **Cual es un criterio diagnostico de aborto incompleto:**
- (a) Cuello uterino normal
 - (b) Ausencia de restos placentarios en cervix ó vagina
 - (c) Sangrado en cantidad variable
 - (d) Test de embarazo negativo
 - (e) Ninguna de las anteriores
9. **Cual de las siguientes acciones se realizará en el Puerperio Inmediato:**
- (a) Control de sangrado genital
 - (b) Inspección de mamas
 - (c) Examen de miembros inferiores
 - (d) Pesar a la paciente
 - (e) Todas las anteriores
10. **Cual de los siguientes hallazgos señala desgarro del canal del parto:**
- (a) Síntoma de shock
 - (b) Utero invertido en el canal
 - (c) Dolor en herida
 - (d) Hemorragia y utero contraído
 - (e) Fiebre
11. **Cual de los siguientes mdicamentos causa depresión neonatal severa:**
- (a) Tiazidas
 - (b) Morfina
 - (c) Estreptomicina
 - (d) Cloranfenicol
 - (e) Nicotina
12. **En una paciente con leucorrea sin prurito más inflamación local, Ud. debe:**
- (a) Descarte de gestación
 - (b) Descartar gonorrea
 - (c) Referencia al Hospital de Apoyo
 - (d) Da podofilina
 - (e) Decir a la paciente que debe esperar y regresar en 1 semana si los síntomas no desaparecen
13. **En cual de las siguientes situaciones el examen vaginal está contraindicado:**
- (a) Hemorragia por genitales
 - (b) Menstruación
 - (c) Sufrimiento fetal agudo
 - (d) Prolapso de cordón
 - (e) Embarazo múltiple
14. **Que es lo incorrecto hacer durante el periodo de alumbramiento:**
- (a) Revisar vagina
 - (b) Control de contractibilidad uterina
 - (c) Evitar manipulaciones
 - (d) Aspirar secreciones
 - (e) Control de sangrado
15. **Cual no es una señal de peligro para derivar a la gestante a un Hospital de Apoyo o Instituto Especializado:**
- (a) Convulsiones
 - (b) Fiebre persistente
 - (c) Pérdida de líquido más de 6 horas
 - (d) Hinchazón de piernas
 - (e) Anuria más de 6 horas
16. **En relación a Imcopetencia cervical, cual de las siguientes afirmaciones es correcta:**
- (a) Cuello uterino dilatado
 - (b) Ausencia de contracciones uterinas
 - (c) Habrá historia de partos normales
 - (d) Puede ser atendida en el Centro de Salud
 - (e) (a) y (b) son correctas

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

107

18. **Se considera Hipoxia Severa cuando el Apgar es de:**
- (a) 8 a 10
 - (b) 7 a 9
 - (c) 4 a 6
 - (d) 1 a 3
 - (e) 5 a 7
19. **Cual de las siguientes afirmaciones produce retraso del crecimiento intrauterino:**
- (a) Tabaquismo
 - (b) Andrógenos
 - (c) Dietilestilbestrol
 - (d) Estrógenos
 - (e) Progestágenos
20. **Cual de las siguientes afirmaciones puede inhibir el crecimiento óseo:**
- (a) Ciclopropano
 - (b) Nicotina
 - (c) Nitrofurantóina
 - (d) Eter
 - (e) Tetraciclinas
21. **Cual es la conducta correcta a seguir en el caso de Toxemia Severa:**
- (a) Dieta
 - (b) Referencia al Hospital de Apoyo
 - (c) Diuréticos
 - (d) Seguimiento por 7 días
 - (e) Sedantes
22. **Durante el primer de embarazo, la complicaciones más frecuentes es:**
- (a) Ruptura Prematura de Membranas
 - (b) Amenaza de parto prematuro
 - (c) Amenaza de aborto
 - (d) Malformaciones congénitas
 - (e) Aumento de la presión arterial
23. **Cual de las siguientes edades es considerada de riesgo obstétrico:**
- (a) Entre 20 y 35 años
 - (b) Menores de 19 y mayores de 29 años
 - (c) Menores de 29 y mayores de 45 años
 - (d) Mayores de 34 y menores de 19 años
 - (e) Mayores de 34 y menores de 29 años
24. **De las siguientes condiciones, cuales no son consideradas de riesgo en una gestante:**
- (a) Antecedente de aborto y madre analfabeta
 - (b) Primer embarazo y edad mayor de 35 años
 - (c) Tercer embarazo e intervalo intergenésico de 3 años
 - (d) Antecedente de hijo prematuro y sin control prenatal
 - (e) Madre de 25 años con TBC pulmonar
25. **La eclampsia es más frecuente en:**
- (a) El primer trimestre del embarazo
 - (b) El primer y último trimestre
 - (c) El segundo trimestre del embarazo
 - (d) El primer y segundo trimestre del embarazo
 - (e) El último trimestre del embarazo
26. **Los análisis de rutina más importante que se piden a la gestante son:**
- (a) Hemoglobina, urea y creatinina
 - (b) Glucosa y parásitos en heces
 - (c) Hemoglobina y exámen simple de orina
 - (d) Urea, creatinina y bilirrubinas
 - (e) Exámen simple de orina, urea y creatinina

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

A continuación le presentaremos 6 casos de niños como los que Ud. recibe en su establecimiento de salud. Por favor, lea cuidadosamente cada caso, y conteste las preguntas que a continuación se presentan. Para contestarlas, debe tener a la vista las listas 1 y 2 que se describen más adelante. Para la primera pregunta de cada caso, deberá identificar en los números de la lista 1 el problema que presenta cada pequeña historia y colocarlo como su respuesta. Para la segunda pregunta de cada caso, debe elegir de la lista 2, la conducta a seguir o manejo según el problema que identificó. Puede haber más de una respuesta correcta, elija sólo una. Las respuestas pueden repetirse en los diferentes casos.

CASO A: Juana es una mujer de 17 años que está gestando por primera vez. Está en 4to. de secundaria y no ha padecido antes de enfermedad seria. Al exámen su PA es de 100/70 y no presenta otras alteraciones significativas.

27. En relación a este caso, la información más importante para tomar una decisión es: 027 _____

_____ (Escoja un número de la lista 1)

28. Cómo manejaría Ud. a esta paciente? 028 _____

_____ (Escoja un número de la Lista 2)

CASO B: Isabel es una mujer de 30 años, casada, con secundaria completa, 5 hijos y en 12 semanas de gestación. Su PA es de 110/65 y no hay mayores alteraciones al examen físico.

29. En relación a este caso, la información más importante para tomar una decisión es: 029 _____

_____ (Escoja un número de la lista 1)

30. Cómo manejaría Ud. a esta paciente? 030 _____

_____ (Escoja un número de la Lista 2)

CASO C: Maritza tiene 24 años, casada, con primaria completa y una niña de 3 años. Sus partos anteriores fueron normales y no tiene actualmente ni ha padecido enfermedades serias. Su PA es de 100/60 y no hay mayores alteraciones al examen.

31. En relación a este caso, la información más importante para tomar una decisión es: 031 _____

_____ (Escoja un número de la lista 1)

32. Cómo manejaría Ud. a esta paciente? 032 _____

_____ (Escoja un número de la Lista 2)

CASO D: Alicia es una mujer de 32 años, conviviente y con dos niños. Actualmente tiene dos meses de gestación y está en tratamiento por Tuberculosis desde hace dos semanas. Al examen, sin alteraciones significativas.

33. En relación a este caso, la información más importante para tomar una decisión es: 033 _____

_____ (Escoja un número de la lista 1)

34. Cómo manejaría Ud. a esta paciente? 034 _____

_____ (Escoja un número de la Lista 2)

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

109

CASO E: Josefina es una señora de 37 años, analfabeta, con dos hijos y antecedentes de dos abortos. Actualmente tiene 28 semanas de gestación. Su PA es de 110/70, luce algo pálida, no edemas, latidos fetales: 140 x'. Resto OK.

35. En relación a este caso, la información más importante para tomar una decisión es: 035 _____
_____ (Escoja un número de la lista 1)

36. Cómo manejaría Ud. a esta paciente? 036 _____
_____ (Escoja un número de la Lista 2)

CASO F: Porfiria tiene 33 años, conviviente, 3 hijos y primaria completa. Actualmente tiene 20 semanas de gestación y se queja de fuertes dolores de cabeza y náuseas. Su PA es de 160/110, y tiene arcado edema de miembros inferiores. La evaluación del feto es normal.

37. En relación a este caso, la información más importante para tomar una decisión es: 037 _____
_____ (Escoja un número de la lista 1)

38. Cómo manejaría Ud. a esta paciente? 038 _____
_____ (Escoja un número de la Lista 2)

LISTA No. 1

Para responder la primera pregunta de cada caso

DE LA HISTORIA CLINICA

- 1 EDAD
- 2 PARIDAD
- 3 GRADO DE INSTRUCCION
- 4 ANTECEDENTES DE ABORTO
- 5 ULTIMO HIJO MENOR DE 2 AÑOS
- 6 ENFERMEDADES DE LA MADRE
- 7 ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES SERIAS (TBC, DIABETES,...)
- 8 DURACION DE LA GESTACION

DEL EXAMEN FISICO

- 1 PESO
- 2 PRESION ARTERIAL
- 3 LATIDOS FETALES
- 4 EDEMA
- 5 PALIDEZ

LISTA No. 2

Para responder la segunda pregunta de cada caso

- 1 CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO O PUESTO DE SALUD
- 2 REFERENCIA AL HOSPITAL PARA INTERCONSULTA ESPECIALIZADA
- 3 LA PACIENTE PUEDE DAR A LUZ EN SU CASA
- 4 LE INDICARIA ADEMAS VACUNACION ANTITETANICA
- 5 LE TOMARIA ADEMAS UNA MUESTRA PARA PAPANICOLAU
- 6 LE RECOMENDARIA PREFERENTEMENTE DAR A LUZ EN EL HOSPITAL
- 7 REFERENCIA A MEDICINA PARA INTERCONSULTA

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

110

Si Ud. tuviera que catalogar estos casos según el riesgo obstétrico, Ud. concluiría que:

Elija V si la afirmación es correcta o verdadera

Elija F si la afirmación es falsa o incorrecta

- | | | | | |
|-----|---|---|---|----------|
| 39. | El caso A es de mayor riesgo que el caso B. | V | F | 039 ____ |
| 40. | El caso B es de mayor riesgo que el caso C. | V | F | 040 ____ |
| 41. | El caso F es de mayor riesgo que el caso A. | V | F | 041 ____ |
| 42. | El caso A es de mayor riesgo que el caso F. | V | F | 042 ____ |
| 43. | El caso D es de mayor riesgo que el caso F. | V | F | 043 ____ |

C.S.: ____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: ____

OSC-CED- OBSERVACION DIRECTA DE SERVICIOS: CED

Circular el Apropiado:
C. S. Posta 1 Posta 2 Posta 3 Posta 4

Disponibilidad de Facilidades

	#0	#1	#2	#3	
LUGAR ESPECIAL PARA LA CONSERVACION DEL MATERIAL DE PREPARACION DE LA SRO?	NO	M/C	SI	N/A	001___
LETRINA O SERVICIOS HIGIENICOS PARA LOS PACIENTES?	NO		SI	N/A	002___
ESCRITORIO PARA EL PERSONAL?	NO		SI	N/A	003___
AMBIENTE ESPECIAL PARA EL TRO?	NO		SI	N/A	004___
EL AMBIENTE REUNE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA ATENCION?	NO		SI	N/A	005___
FUENTE DE AGUA POTABLE EN LA URO O CERCANA A ELLA?	NO		SI	N/A	006___
LAVATORIO EN LA URO O CERCANA A ELLA PARA LAVAR EL MATERIAL PREVIAMENTE USADO?	NO		SI	N/A	007___
LUZ SUFICIENTE EN EL AMBIENTE?	NO		SI	N/A	008___

Disponibilidad de Equipos

HERVIDOR O COCINITA CON OLLA PARA HERVIR EL AGUA?	NO	M/C	SI	N/A	009___
JARRAS DE UN LITRO PARA LA PREPARACION DE LA SRO?	NO	M/C	SI	N/A	010___
BALANZA PARA EL PESO DE LOS NINOS?	NO	M/C	SI	N/A	011___
TERMOMETRO?	NO	M/C	SI	N/A	012___
RELOJ PARA TOMAR EL PULSO?	NO	M/C	SI	N/A	013___
BANQUITOS SUFICIENTES PARA ATENDER A MAS O MENOS 5 USUARIOS?	NO	M/C	SI	N/A	014___

Disponibilidad de Suministros

MANUAL PARA EL USO DEL PERSONAL QUE TRABAJA EN TRO?	NO		SI	N/A	015___
SOBRES DE SRO PARA ATENDER A MAS O MENOS 5 USUARIOS?	NO	M/C	SI	N/A	016___
VASITOS PARA LA ADMINISTRACION DE SRO?	NO	M/C	SI	N/A	017___
CUCHARITAS PARA LA ADMINISTRACION DE LA SRO?	NO	M/C	SI	N/A	018___
CUCHARITAS DE DOBLE MEDIDA?	NO	M/C	SI	N/A	019___
HOJAS DE REGISTRO SUFICIENTES PARA MAS O MENOS 5 USUARIOS?	NO		SI	N/A	020___
EN CASO DE NO HABER SRO: JARRA DE UN LITRO CON AZUCAR Y SAL SUFICIENTES PARA ATENDER A MAS O MENOS 5 USUARIOS?	NO		SI	N/A	021___
MATERIALES: LAPICES O LAPICEROS, FOLDERS, ARCHIVADORES?	NO		SI	N/A	022___
OTRAS DROGAS EN LA URO O EN LA FARMACIA?	NO		SI	N/A	023___

112

#0 #1 #2 #9

Estado de Preparación

Desempeño Real de Atención

AGUA HERVIDA FRIA O AGUA ESTERIL?	NO	SI	N/A	024
BOBRES DE SRO DISPONIBLES AL MOMENTO?	NO	SI	N/A	025
PERSONAL ESPECIFICO PARA LA URO?	NO	SI	N/A	026
AL MOMENTO DE LA VISITA, EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA EN LA URO?	NO	SI	N/A	027
MATERIAL PARA LA ADMINISTRACION DE SRO LISTOS PARA SER USADOS? (VASOS, CUCHARITAS)	NO	SI	N/A	028
ATENDIO MAS DE 20 PACIENTES EN ESTE MOMENTO?	NO	SI	N/A	029

Desempeño Real de Educación/Promoción

POSTERS CON SIGNOS DE DESHIDRATACION?	NO	SI	N/A	030
POSTERS MOSTRANDO COMO PREPARAR SRO?	NO	SI	N/A	031
POSTERS MOSTRANDO COMO PREPARAR SUERO CASERO?	NO	SI	N/A	032
POSTERS SOBRE LACTANCIA MATERNA?	NO	SI	N/A	033
FOLLETOS EDUCATIVOS PARA MADRES	NO	SI	N/A	034

Conservación de Registros

REGISTROS DE ATENCION AL PACIENTE - (Historia clínica): Se revisarán todos los formatos del último día en que se atendieron pacientes.

Sistema de archivo:

No hay orden y es imposible encontrar las historias	Hay muy poco orden y es casi imposible encontrar las historias	Hay poco orden y a veces se puede encontrar las historias	Hay algo de orden y usualmente se puede encontrar las historias	Hay orden y siempre se puede encontrar las historias	N/A
1	2	3	4	5	9

001

Formato utilizado:

No tienen formatos	Usan formatos no oficiales	Usan formatos hechos a mano	Usan formatos oficiales impresos	Usan formatos obsoletos	N/A
1	2	3	4	5	9

001

Llenado de formatos:

Formatos no llenos	Pocos ítems llenos	Mitad de los ítems llenos	Casi todos los ítems llenos	Formato completamente lleno	N/A
1	2	3	4	5	9

001

Ítems de importancia: Se revisarán los últimos 20 formatos disponibles (si menos de 20, marque "88")

Cuántos de ellos tienen:

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Edad: _____
 Historia & examen físico: _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamiento: _____
 Firma de trabajador: _____

Nota: N/A = "99"

13

REGISTROS DIARIOS DE ATENCION DEL PROGRAMA:

I. *Se revisarán los formatos llenados en la última semana.*

Formato utilizado:

No tienen formatos	Usan formatos no oficiales	Usan formatos hechos a mano	Usan formatos oficiales impresos	Usan formatos obsoletos	N/A
1	2	3	4	5	9

001

Llenado de formatos:

Formatos no llenos	Pocos items llenos	Mitad de los items llenos	Casi todos los items llenos	Formato completamente lleno	N/A
1	2	3	4	5	9

001

II. *Se revisarán los formatos llenados en el último mes.*

- Cuántos formatos deberían haber? _____
- Cuántos formatos hay a mano? _____
- Cuántos formatos son oficiales (a mano o impresos)? _____
- Cuántos completamente llenos (o casi)? _____
- Cuántos son ilegibles? _____

Items llenados en el record de los últimos 20 pacientes (si menos de 20, marque "88")

- Cuántos tienen nombre y/o número de historia: _____
- Cuántos tienen edad: _____
- Cuántos tienen diagnóstico y los códigos de diagnóstico: _____
- Cuántos tienen tratamiento: _____

Nota: N/A = "99"

REGISTRO MENSUAL (Copia oficial)

I. *Se revisará el último mes registrado*

El mes revisado: _____

Formato utilizado:

No tienen formatos	Usan formatos no oficiales	Usan formatos hechos a mano	Usan formatos oficiales impresos	Usan formatos obsoletos	N/A
1	2	3	4	5	9

001

Llenado de formatos:

Formatos no llenos	Pocos items llenos	Mitad de los items llenos	Casi todos los items llenos	Formato completamente lleno	N/A
1	2	3	4	5	9

001

114

OSC-CRE- OBSERVACION DIRECTA DE SERVICIOS: CRE

Circular el apropiado:
C. S. Posta1 Posta2 Posta3 Posta4

Disponibilidad de Facilidades	#0	#1	#2	#3	
ESCRITORIO PARA EL PERSONAL?	NO		SI	N/A	001___
AMBIENTE ESPECIAL PARA EL CONTROL?	NO		SI	N/A	002___
EL AMBIENTE REUNE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA ATENCION?	NO		SI	N/A	003___
LAVATORIO CERCANO?	NO		SI	N/A	004___
LUZ SUFICIENTE EN EL AMBIENTE?	NO		SI	N/A	005___
Disponibilidad de Equipos					
CAMILLA PARA EL CONTROL?	NO	M/C	SI	N/A	006___
BALANZA PEDIATRICA?	NO	M/C	SI	N/A	007___
BALANZA DE PIE?	NO	M/C	SI	N/A	008___
TERMOMETRO ORAL?	NO	M/C	SI	N/A	009___
TERMOMETRO RECTAL?	NO	M/C	SI	N/A	010___
RELOJ?	NO	M/C	SI	N/A	011___
INFANTOMETRO?	NO	M/C	SI	N/A	012___
TALLIMETRO?	NO	M/C	SI	N/A	013___
CINTA METRICA?	NO	M/C	SI	N/A	014___
ESTETOSCOPIO?	NO	M/C	SI	N/A	015___
LINTERNA?	NO	M/C	SI	N/A	016___
MARTILLO?	NO	M/C	SI	N/A	017___
Disponibilidad de Suministros					
MATERIAL PARA EVALUAR DESARROLLO PSICOMOTOR?	NO	M/C	SI	N/A	018___
CARTILLA DE DENVER?	NO		SI	N/A	019___
MANUAL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO?	NO		SI	N/A	020___
FICHERO O CUADERNO PARA SEGUIMIENTO DEL CONTROL?	NO		SI	N/A	021___
CARNETS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN CANTIDAD SUFICIENTE?	NO		SI	N/A	022___
MATERIALES: LAPICES O LAPICEROS, FOLDERS, ARCHIVADORES?	NO		SI	N/A	023___
BAJA LENGUAS?	NO	M/C	SI	N/A	024___
ALCOHOL?	NO	M/C	SI	N/A	025___
ALGODON?	NO	M/C	SI	N/A	026___
FORMULARIOS DE REGISTRO?	NO	M/C	SI	N/A	027___
JABON?	NO		SI	N/A	028___
TOALLA?	NO		SI	N/A	029___

115

Estado de Preparación

Desempeño Real de Atención

	#0	#1	#2	#3	
PERSONAL PARA EL SERVICIO?	NO		SI	N/A	030 _____
EL PERSONAL BRINDA ATENCION EN SU SERVICIO?	NO		SI	N/A	031 _____
LOS MATERIALES ESTAN LISTOS PARA SER USADOS?	NO		SI	N/A	032 _____
ATENDIO MAS DE 10 PACIENTES EN ESTE MOMENTO?	NO		SI	N/A	033 _____

Desempeño Real de Educación/Promoción

POSTERS SOBRE LACTANCIA MATERNA?	NO		SI	N/A	034 _____
POSTERS SOBRE INMUNIZACIONES?	NO		SI	N/A	035 _____
POSTERS SOBRE DIARREA?	NO		SI	N/A	036 _____
POSTERS SOBRE IRA?	NO		SI	N/A	037 _____
POSTERS SOBRE CURVAS DE CRECIMIENTO?	NO		SI	N/A	038 _____
POSTERS SOBRE ALIMENTACION DEL NIÑO?	NO		SI	N/A	039 _____
FOLLETOS EDUCATIVOS PARA LAS MADRES?	NO		SI	N/A	040 _____

Conservación de Registros

REGISTROS DE ATENCION AL PACIENTE - (Historia clínica): Se revisarán todos los formatos del último día en que se atendieron pacientes.

Sistema de archivo:

No hay orden y es imposible encontrar las historias	Hay muy poco orden y es casi imposible encontrar las historias	Hay poco orden y a veces se puede encontrar las historias	Hay algo de orden y usualmente se puede encontrar las historias	Hay orden y siempre se puede encontrar las historias	N/A	
1	2	3	4	5	9	
						_____ 041 _____

Formato utilizado:

No tienen formatos	Usan formatos no oficiales	Usan formatos hechos a mano	Usan formatos oficiales impresos	Usan formatos obsoletos	N/A	
1	2	3	4	5	9	
						_____ 042 _____

Llenado de formatos:

Formatos no llenos	Pocos ítems llenos	Mitad de los ítems llenos	Casi todos los ítems llenos	Formato completamente lleno	N/A	
1	2	3	4	5	9	
						_____ 043 _____

Ítems de Importancia: Se revisarán los últimos 20 formatos disponibles (si menos de 20, marque *88*)

Cuántos de ellos tienen:

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Edad: _____
 Historia & examen físico: _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamiento: _____
 Firma de trabajador: _____

Nota: N/A = "88".

REGISTROS DIARIOS DE ATENCION DEL PROGRAMA:

116

I. *Se revisarán los formatos llenados en la última semana.*

Formato utilizado:

No tienen formatos	Usan formatos no oficiales	Usan formatos hechos a mano	Usan formatos oficiales impresos	Usan formatos obsoletos	N/A
1	2	3	4	5	9

_____ 044 _____

Llenado de formatos:

Formatos no llenos	Pocos ítems llenos	Mitad de los ítems llenos	Casi todos los ítems llenos	Formato completamente lleno	N/A
1	2	3	4	5	9

_____ 045 _____

II. *Se revisarán los formatos llenados en el último mes.*

Cuántos formatos deberían haber? _____
 Cuántos formatos hay a mano? _____
 Cuántos formatos son oficiales (a mano o impresos)? _____
 Cuántos completamente llenos (o casi)? _____
 Cuántos son ilegibles? _____

Ítems llenados en el record de los últimos 20 pacientes (si menos de 20, marque '88')

Cuántos tienen nombre y/o número de historia: _____
 Cuántos tienen edad: _____
 Cuántos tienen diagnóstico y los códigos de diagnóstico: _____
 Cuántos tienen tratamiento: _____

Nota: N/A = '99'

REGISTRO MENSUAL (Copia oficial)

I. *Se revisará el último mes registrado*

El mes revisado: _____

Formato utilizado:

No tienen formatos	Usan formatos no oficiales	Usan formatos hechos a mano	Usan formatos oficiales impresos	Usan formatos obsoletos	N/A
1	2	3	4	5	9

_____ 046 _____

Llenado de formatos:

Formatos no llenos	Pocos ítems llenos	Mitad de los ítems llenos	Casi todos los ítems llenos	Formato completamente lleno	N/A
1	2	3	4	5	9

_____ 047 _____

1177

OBSERVACION DIRECTA DE SERVICIOS: IRA

Circular el apropiado:

C. S. Posta1 Posta2 Posta3 Posta4

Disponibilidad de Facilidades

	#0	#1	#2	#9	
ESCRITORIO PARA EL PERSONAL?	NO		SI	N/A	001___
LUZ SUFICIENTE EN EL AMBIENTE?	NO		SI	N/A	002___

Disponibilidad de Equipos

TERMOMETRO ORAL?	NO	M/C	SI	N/A	003___
TERMOMETRO RECTAL?	NO	M/C	SI	N/A	004___
BALANZA?	NO	M/C	SI	N/A	005___
RELOJ?	NO	M/C	SI	N/A	006___

Disponibilidad de Suministros

MANUAL DEL PROGRAMA?	NO		SI	N/A	007___
FICHERO O CUADERNO PARA SEGUIMIENTO DEL CONTROL?	NO		SI	N/A	008___
COTRIMOXAZOL (EN FARMACIA)	NO	M/C	SI	N/A	009___
ACIDO ACETIL SALICILICO (EN FARMACIA)	NO	M/C	SI	N/A	010___
PENICILINA BENZATINICA (EN FARMACIA)	NO	M/C	SI	N/A	011___
AGUA DESTILADA (EN FARMACIA)	NO	M/C	SI	N/A	012___
JERINGAS DESCARTABLES (EN FARMACIA)	NO	M/C	SI	N/A	013___
FICHAS DE HISTORIAS CLINICAS?	NO		SI	N/A	014___
FORMULARIOS DE REGISTRO?	NO		SI	N/A	015___
MATERIALES: LAPICES O LAPICEROS, FOLDERS, ARCHIVADORES?	NO		SI	N/A	016___
BAJA LENGUAS?	NO		SI	N/A	017___

Estado de Preparación*Desempeño Real de Atención*

PERSONAL PARA EL SERVICIO?	NO		SI	N/A	018___
EL PERSONAL BRINDA ATENCION EN SU SERVICIO?	NO		SI	N/A	019___
LOS MATERIALES ESTAN LISTOS PARA SER USADOS?	NO		SI	N/A	020___
ATENDIO MAS DE 10 PACIENTES EN ESTE MOMENTO?	NO		SI	N/A	021___

Desempeño Real de Educación/Promoción

POSTERS SOBRE LACTANCIA MATERNA?	NO		SI	N/A	022___
POSTERS SOBRE INMUNIZACIONES?	NO		SI	N/A	023___
POSTERS SOBRE DIARREA?	NO		SI	N/A	024___
POSTERS SOBRE IRA?	NO		SI	N/A	025___
FLUXOGRAMA PARA TRATAMIENTO DE IRA	NO		SI	N/A	026___

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

OSC-IRA Ver. 1.00 ... 05/10/89 ... Copyright 1989, The DRISM Group ... Page 1

118

	#0	#1	#2	#9	
POSTERS SOBRE CURVAS DE CRECIMIENTO?	NO		SI	N/A	027 _____
POSTERS SOBRE ALIMENTACION DEL NIÑO?	NO		SI	N/A	028 _____
FOLLETOS EDUCATIVOS PARA LAS MADRES (IRA)?	NO		SI	N/A	029 _____

Conservación de Registros

REGISTROS DE ATENCION AL PACIENTE - (Historia clínica): Se revisarán todos los formatos del último día en que se atendieron pacientes.

Sistema de archivo:

No hay orden y es imposible encontrar las historias	Hay muy poco orden y es casi imposible encontrar las historias	Hay poco orden y a veces se puede encontrar las historias	Hay algo de orden y usualmente se puede encontrar las historias	Hay orden y siempre se puede encontrar las historias	N/A	
1	2	3	4	5	9	_____ 001 _____

Formato utilizado:

No tienen formatos	Usan formatos no oficiales	Usan formatos hechos a mano	Usan formatos oficiales impresos	Usan formatos oboletos	N/A	
1	2	3	4	5	9	_____ 001 _____

Llenado de formatos:

Formatos no llenos	Pocos items llenos	Mitad de los items llenos	Casi todos los items llenos	Formato completamente lleno	N/A	
1	2	3	4	5	9	_____ 001 _____

Items de importancia: Se revisarán los últimos 20 formatos disponibles (si menos de 20, marque "88")

Cuántos de ellos tienen:

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Edad: _____
 Historia & examen físico: _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamiento: _____
 Firma de trabajador: _____

Nota: Si no se consiguen 20, por favor llenar "99".

REGISTROS DIARIOS DE ATENCION DEL PROGRAMA:

I. *Se revisarán los formatos llenados en la última semana.*

Formato utilizado:

No tienen formatos	Usan formatos no oficiales	Usan formatos hechos a mano	Usan formatos oficiales impresos	No requiere formatos	N/A	
1	2	3	4	5	9	_____ 001 _____

Llenado de formatos:

Formatos no llenos	Pocos items llenos	Mitad de los items llenos	Casi todos los items llenos	Formato completamente lleno	N/A	
1	2	3	4	5	9	_____ 001 _____

II. *Se revisarán los formatos llenados en el último mes.*

Cuántos formatos deberían haber? _____
 Cuántos formatos hay a mano? _____
 Cuántos formatos son oficiales (a mano o impresos)? _____
 Cuántos completamente llenos (o casi)? _____
 Cuántos son ilegibles? _____

Items llenados en el record de los últimos 20 pacientes (si menos de 20, marque '88')

Cuántos tienen nombre y/o número de historia: _____

Cuántos tienen edad: _____

Cuántos tienen diagnóstico y los códigos de diagnóstico: _____

Cuántos tienen tratamiento: _____

Nota: N/A = '89'

REGISTRO MENSUAL (Copia oficial)

I. *Se revisará el último mes registrado*

El mes revisado: _____

Formato utilizado:

No tienen formatos 1	Usan formatos no oficiales 2	Usan formatos hecho: a mano 3	Usan formatos impresos 4	No requiere formatos 5	N/A 9
----------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------

____ 001 ____

Llenado de formatos:

Formatos no llenos 1	Pocos items llenos 2	Mitad de los items llenos 3	Casi todos los items llenos 4	Formato comple- tamente lleno 5	N/A 9
----------------------------	----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	----------

____ 001 ____

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

128

OSC-PAI- OB SERVICION DIRECTA DE SERVICIOS: PAI

Circule el apropiado:
 C. S. Posta1 Posta2 Posta3 Posta4

Disponibilidad de Facilidades

	#0	#1	#2	#9	
AMBIENTE ESPECIAL PARA LA ATENCION?	NO		SI	N/A	001___
EL AMBIENTE REUNE LAS CONDICIONES NECESARIAS?	NO		SI	N/A	002___
LUZ SUFICIENTE EN EL AMBIENTE?	NO		SI	N/A	003___
ESCRITORIO PARA EL PERSONAL?	NO		SI	N/A	004___

Disponibilidad de Equipos

SI HAY REFRIGERADORA:

REFRIGERADORA SOLO PARA VACUNAS?	NO	M/C	SI	N/A	005___
ESTA LOCALIZADA A LA SOMBRA Y ALEJADA DE TODA FUENTE DE CALOR?	NO		SI	N/A	006___
ESTA A 15 cm DE LA PARED?	NO		SI	N/A	007___
ESTA PERFECTAMENTE HORIZONTAL (PROBAR CON UN VASO LLENO DE AGUA)?	NO		SI	N/A	008___
PAQUETES DE HIELO EN EL CONGELADOR?	NO	M/C	SI	N/A	009___
BOTELLAS DE AGUA EN LOS ESPACIOS LIBRES DE LA REFRIGERADORA?	NO	M/C	SI	N/A	010___
LOS PAQUETES DE HIELO Y BOTELLA DE AGUA ESTAN COLOCADOS CON 2.5-5 cm ENTRE ELLOS Y A IGUAL DISTANCIA DE LAS PAREDES DE LA REFRIGERADORA?	NO	M/C	SI	N/A	011___
MANTIENE LOS FRASCOS DE LAS VACUNAS EN BANDEJAS, SOBRE LOS ESTANTES CENTRALES DE LA REFRIGERADORA?	NO	M/C	SI	N/A	012___
VACUNAS: POLIO Y SARAMPION - 1o. DIVISION DPT, BCG Y ANTI TETANICA - 2o. DIVISION	NO	M/C	SI	N/A	013___
TERMOMETRO DENTRO DE LA REFRIGERADORA?	NO	M/C	SI	N/A	014___
EL TERMOMETRO ESTA EN LA ZONA CENTRAL DE LA REFRIGERADORA?	NO	M/C	SI	N/A	015___
ESTA LA TEMPERATURA ENTRE EL RANGO DE 0-8C?	NO		SI	N/A	016___
REGISTRO DE TEMPERATURA CORRECTAMENTE MANTENIDO CON DATOS PRECISOS?	NO		SI	N/A	017___

SI NO HAY REFRIGERADORA:

LAS CAJAS ESTAN PARA MANTENER SU CONTENIDO FRIO?	NO	M/C	SI	N/A	018___
COJINES Y/O PAQUETES DE HIELO SUFICIENTES EN LAS CAJAS TERMICAS Y/O TERMOS?	NO	M/C	SI	N/A	019___
LAS VACUNAS ESTAN ASILADAS (NO EN CONTACTO DIRECTO CON LOS COJINES/PAQUETES)?	NO	M/C	SI	N/A	020___
DESDE HACE CUANTAS HORAS ESTAN LOS COJINES/PAQUETES DE HIELO SIN REEMPLAZARLAS?	>4		<4	N/A	021___

121

	#0	#1	#2	#9	
CAJITA TERMICA AUXILIAR PARA MANTENER SU CONTENIDO FRIO?	NO	M/C	SI	N/A	022___
LAS VACUNAS ESTAN ASILADAS (NO EN CONTACTO DIRECTO CON LOS COJINES/PAQUETES)?	NO	M/C	SI	N/A	023___
DESDE HACE CUANTAS HORAS ESTAN LOS COJINES/PAQUETES DE HIELO SIN REEMPLAZARLAS?	>4		<4	N/A	024___
Disponibilidad de Suministros					
MATERIALES: LAPICES O LAPICEROS, FOLDERS, ARCHIVADORES?	NO		SI	N/A	025___
MANUAL DEL PAI?	NO		SI	N/A	026___
Materiales para Vacunación					
SUFICIENTE PARA LOS USUARIOS ACTUALES Y 3 MAS:					
JERINGAS: 1) 1cc c/a	NO		SI	N/A	027___
2) 2/3 cc	NO		SI	N/A	028___
3) 5/10 cc	NO		SI	N/A	029___
AGUJAS: 4) 22/23G	NO		SI	N/A	030___
5) 20/25 G	NO		SI	N/A	031___
VACUNAS: 6) Polio	NO		SI	N/A	032___
7) DPT	NO		SI	N/A	033___
8) BCG	NO		SI	N/A	034___
9) SARAMPION	NO		SI	N/A	035___
10) ANTITETANICA	NO		SI	N/A	036___
SOLVENTE: 11) PARA SARAMPION	NO		SI	N/A	037___
12) PARA BCG	NO		SI	N/A	038___
OTROS: 13) CARNETS	NO		SI	N/A	039___
14) FORMULARIOS DE REGISTRO DIARIO	NO		SI	N/A	040___
15) FORMULARIOS DE INFORME MENSUAL	NO		SI	N/A	041___
16) ALGODON	NO		SI	N/A	042___
17) ALCOHOL	NO		SI	N/A	043___
18) JABON	NO		SI	N/A	044___
19) AGUA ESTERIL	NO		SI	N/A	045___
20) SIERRITA	NO		SI	N/A	046___
21) AGUA JABONOSA	NO		SI	N/A	047___

ESTADO DE PREPARACION

Desempeño Real de Atención

PERSONAL PARA EL SERVICIO?	NO		SI	N/A	048___
EL PERSONAL BRINDA ATENCION EN SU SERVICIO?	NO		SI	N/A	049___
LOS MATERIALES ESTAN LISTOS PARA SER USADOS?	NO		SI	N/A	050___
ATENDIO MAS DE 10 PACIENTES EN ESTE MOMENTO?	NO		SI	N/A	051___

102

Desempeño Real de Educación/Promoción

	#0	#1	#2	#9	
POSTERS SOBRE LACTANCIA MATERNA?	NO		SI	N/A	052
POSTERS SOBRE INMUNIZACIONES?	NO		SI	N/A	053
POSTERS SOBRE DIARREA?	NO		SI	N/A	054
POSTERS SOBRE IRA?	NO		SI	N/A	055
POSTERS SOBRE CURVAS DE CRECIMIENTO?	NO		SI	N/A	056
POSTERS SOBRE ALIMENTACION DEL NIÑO?	NO		SI	N/A	057
FOLLETOS EDUCATIVOS PARA LAS MADRES?	NO		SI	N/A	058

Conservación de Registros

REGISTROS DE ATENCION AL PACIENTE - (Historia clínica): Se revisarán todos los formatos del último día en que se atendieron pacientes.

Sistema de archivo:

No hay orden y es imposible encontrar las historias	Hay muy poco orden y es casi imposible encontrar las historias	Hay poco orden y a veces se puede encontrar las historias	Hay algo de orden y usualmente se puede encontrar las historias	Hay orden y siempre se puede encontrar las historias	N/A	
1	2	3	4	5	9	
						059

Formato utilizado:

No tienen formatos	Usan formatos no oficiales	Usan formatos hechos a mano	Usan formatos oficiales impresos	Usan formatos obsoletos	N/A	
1	2	3	4	5	9	
						060

Llenado de formatos:

Formatos no llenos	Pocos ítems llenos	Mitad de los ítems llenos	Casi todos los ítems llenos	Formato completamente lleno	N/A	
1	2	3	4	5	9	
						061

Ítems de Importancia: Se revisarán los últimos 20 formatos disponibles (si menos de 20, marque "99")

Cuántos de ellos tienen:

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Edad: _____
 Historia & examen físico: _____
 Diagnóstico: _____
 Tratamiento: _____
 Firma de trabajador: _____

Nota: Si no se consiguen 20, por favor llenar "99".

REGISTROS DIARIOS DE ATENCION DEL PROGRAMA:

I. Se revisarán los formatos llenados en la última semana.

Formato utilizado:

No tienen formatos	Usan formatos no oficiales	Usan formatos hechos a mano	Usan formatos oficiales impresos	Usan formatos obsoletos	N/A	
1	2	3	4	5	9	
						062

Llenado de formatos:

Formatos no llenos	Pocos ítems llenos	Mitad de los ítems llenos	Casi todos los ítems llenos	Formato completamente lleno	N/A	
1	2	3	4	5	9	
						063

12

II. *Se revisarán los formatos llenados en el último mes.*

Cuántos formatos deberían haber? _____
 Cuántos formatos hay a mano? _____
 Cuántos formatos son oficiales (a mano o impresos)? _____
 Cuántos completamente llenos (o casi)? _____
 Cuántos son ilegibles? _____

Items llenados en el record de los últimos 20 pacientes (si menos de 20, marque "88")

Cuántos tienen nombre y/o número de historia: _____
 Cuántos tienen edad: _____
 Cuántos tiene diagnóstico y los códigos de diagnóstico: _____
 Cuántos tienen tratamiento: _____

Nota: N/A = "99"

REGISTRO MENSUAL (Copia oficial)

I. *Se revisará el último mes registrado*

El mes revisado: _____

Formato utilizado:

No tienen formatos 1	Usan formatos no oficiales 2	Usan formatos hechos a mano 3	Usan formatos oficiales impresos 4	Usan formatos obsoletos 5	N/A 9
----------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------	----------

_____ 064 _____

Llenado de formatos:

Formatos no llenos 1	Pocos items llenos 2	Mitad de los items llenos 3	Casi todos los items llenos 4	Formato comple- tamente lleno 5	N/A 9
----------------------------	----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	----------

_____ 065 _____

124

OSC-SM-FP- OBSERVACION DIRECTA DE SERVICIOS: PF-SM

Circular el apropiado:

C. S. Posta1 Posta2 Posta3 Posta4

Disponibilidad de Facilidades

	#0	#1	#2	#3	
¿CRITORIO?	NO		SI	N/A	000___
EL AMBIENTE ES EXCLUSIVO PARA LA ACTIVIDAD	NO		SI	N/A	001___
LUZ Y VENTILACION SUFICIENTE EN EL AMBIENTE?	NO		SI	N/A	002___
FUENTE DE AGUA POTABLE EN EL AMBIENTE O CERCA DE EL?	NO		SI	N/A	003___

Disponibilidad de Equipos

MESA DE EXAMEN GINECOLOGICO?	NO	M/C	SI	N/A	004___
BANCO PARA EL EXAMINADOR?	NO	M/C	SI	N/A	005___
BANQUILLO DE UN PELDAÑO?	NO	M/C	SI	N/A	006___
ARMARIO PARA INSTRUMENTAL?	NO	M/C	SI	N/A	007___
MESA RODANTE PARA INSTRUMENTAL?	NO	M/C	SI	N/A	008___
LAMPARA DE PIE CUELLO DE GANZO?	NO	M/C	SI	N/A	009___
ESTERILIZADOR EN EL ESTABLECIMIENTO (CALOR SECO, HUMEDO O QUIMICO)?	NO	M/C	SI	N/A	010___
LINTERNA CON PILAS?	NO	M/C	SI	N/A	011___
ESTETOSCOPIO BIAURICULAR?	NO	M/C	SI	N/A	012___
TENSIOMETRO?	NO	M/C	SI	N/A	013___
TERMOMETRO	NO	M/C	SI	N/A	014___
RELOJ CON SEGUNDERO	NO	M/C	SI	N/A	015___
BALANZA EN EL ESTABLECIMIENTO	NO	M/C	SI	N/A	016___
1 ESPECULOS GRAVES, GRANDES?	NO	M/C	SI	N/A	017___
4 ESPECULOS GRAVES, MEDIANOS?	NO	M/C	SI	N/A	018___
1 ESPECULO GRAVES, CHICO?	NO	M/C	SI	N/A	019___
2 PINZAS TIRABALA DE POZZI (PINZA DE CUELLO)?	NO	M/C	SI	N/A	020___
2 PINZAS DE LIMPIEZA VAGINAL, DE BOZEMAN?	NO	M/C	SI	N/A	021___
2 HISTEROMLÍTROS DE SIMS, GRADUADOS?	NO	M/C	SI	N/A	022___
1 PINZAS PORTAOBJETOS, GRANDES?	NO	M/C	SI	N/A	023___
2 CUBETAS DE ACERO INOXIDABLE GRANDE CON TAPA?	NO	M/C	SI	N/A	024___
1 CAJA DE METAL PARA INSTRUMENTAL?	NO	M/C	SI	N/A	025___
2 TAMBORES DE ACERO QUIRURGICO?	NO	M/C	SI	N/A	026___
1 TIJERA DE MAYO?	NO	M/C	SI	N/A	027___
CENTIMETRO?	NO	M/C	SI	N/A	028___
ESTETOSCOPIO FETOSCOPIO DE PINARD	NO	M/C	SI	N/A	029___
LAVATORIO?	NO		SI	N/A	030___

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

125

	#0	#1	#2	#9	
RIÑONERA O BOLO METALICO?	NO		SI	N/A	031___
ESPATULAS DE AYRES O SIMILAR	NO		SI	N/A	032___
CAMISA DE EXAMEN?	NO		SI	N/A	033___
TOALLAS DE MANOS?	NO		SI	N/A	034___
3 SILLAS?	NO		SI	N/A	035___
PAPELERA CON TAPA DE VAIEN O SALUBRAL?	NO		SI	N/A	036___
BIOMBO?	NO		SI	N/A	037___
Disponibilidad de Suministros					
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PLAN.FAM.?	NO		SI	N/A	038___
MANUAL DE CONTROL DE CANCER DE CUELLO UTERINO Y MAMAS?	NO		SI	N/A	039___
PROGRAMACION ANUAL DE ACTIVIDADES	NO		SI	N/A	040___
TORUNDAS DE ALGODON O GASA?	NO		SI	N/A	041___
HISOPOS DE ALGODON O SIMILAR?	NO		SI	N/A	042___
LAMINAS PORTA OBJETOS?	NO		SI	N/A	043___
12 PARES DE GUANTES QUIRURGICOS?	NO		SI	N/A	044___
JABON LIQUIDO?	NO		SI	N/A	045___
ALCOHOL YODADO?	NO		SI	N/A	046___
FIJADOR DE PAP?	NO		SI	N/A	047___
AGUA ESTERIL?	NO		SI	N/A	048___
SOLUCIONES ANTISEPTICAS: SAVLON, CRY O BEZALCONIO?	NO		SI	N/A	049___
SOLUCION SALINA FISIOLÓGICA (CLORURO DE SODIO 9 o/oo)?	NO		SI	N/A	050___
2 SOLERAS?	NO		SI	N/A	051___
JABON DESINFECTANTE?	NO		SI	N/A	052___
ESCOBILLA DE MANOS?	NO		SI	N/A	053___
MATERIALES: LAPICES O LAPICEROS, FOLDERS, ARCHIVADORES, PAPEL CARBON?	NO		SI	N/A	054___
RECETARIOS?	NO		SI	N/A	055___
CALENDARIO?	NO		SI	N/A	056___
TARJETAS DE CONTROL?	NO		SI	N/A	057___
HOJAS DE REGISTRO O PARTES DIARIOS DE CONTROL DE PLAN.FAM.?	NO		SI	N/A	058___

Estado de Preparación

Desempeño Real de Atención

PERSONAL PARA EL SERVICIO?	NO		SI	N/A	059___
EL PERSONAL BRINDA ATENCION EN SU SERVICIO?	NO		SI	N/A	060___
LOS MATERIALES ESTAN LISTOS PARA SER USADOS?	NO		SI	N/A	061___
ATENDIO MAS DE 10 PACIENTES EN ESTE MOMENTO?	NO		SI	N/A	062___

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

126

	#0	#1	#2	#9	Desempeño Real de
Educación/Promoción					
AFICHES SOBRE: PLAN.FAM. CONTROL DE 1° ESTANTE CONTROL DE CANCER DE CUELLO UTERINO?	NO		SI	N/A	063___
FOLLETOS SOBRE PLAN.FAM. CONT.DE GESTANTE CONT. CANCER DE CUELLO UTERINO?	NO		SI	N/A	064___
PUBLICACION INTERNA SOBRE PLAN.FAM. CONT.DE GEST, CONT.DE CANCER CUELLO UTERINO?	NO		SI	N/A	065___
ROTAFOLIO?	NO		SI	N/A	066___

Conservación de Registros

REGISTROS DE ATENCION AL PACIENTE - (Historia clínica): Se revisarán todos los formatos del último día en que se atendieron pacientes>

Sistema de archivo:

No hay orden y es imposible encontrar las historias 1	Hay muy poco orden y es casi imposible encontrar las historias 2	Hay poco orden y a veces se puede encontrar las historias 3	Hay algo de orden y usualmente se puede encontrar las historias 4	Hay orden y siempre se puede encontrar las historias 5
--	---	--	--	---

Formato utilizado:

No tienen formatos 1	Usan formatos no oficiales 2	Usan formatos hechos a mano 3	Usan formatos oficiales impresos 4	Usan formatos obsoletos 5
-------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

Llenado de formatos:

Formatos no llenos 1	Pocos ítems llenos 2	Mitad de los ítems llenos 3	Casi todos los ítems llenos 4	Formato completamente lleno 5	N/A 6
-------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------

Ítems de importancia: Se revisarán los últimos 20 formatos disponibles (si menos de 20, marque *88*)

Cuántos de ellos tienen:

- Nombre: _____
- Domicilio: _____
- Edad: _____
- Historia & examen físico: _____
- Diagnóstico: _____
- Tratamiento: _____
- Firma de trabajador: _____

Nota: N/A = *99*.

127

REGISTROS DIARIOS DE ATENCION DEL PROGRAMA: (Planificación Familiar)

I. *Se revisarán los formatos llenados en la última semana.*

Formato utilizado:

No tienen formatos 1	Usan formatos no oficiales 2	Usan formatos hechos a mano 3	Usan formatos oficiales impresos 4	Usan formatos obsoletos 5
-------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

Llenado de formatos:

Formatos no llenos 1	Pocos ítems llenos 2	Mitad de los ítems llenos 3	Casi todos los ítems llenos 4	Formato completamente lleno 5	N/A 6
-------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------

II. *Se revisarán los formatos llenados en el último mes.*

Cuántos formatos deberían haber? _____
 Cuántos formatos hay a mano? _____
 Cuántos formatos son oficiales (a mano o impresos)? _____
 Cuántos completamente llenos (o casi)? _____
 Cuántos son ilegibles? _____

Ítems llenados en el record de los últimos 20 pacientes (si menos de 20, marque '88')

Cuántos tienen nombre y/o número de historia: _____
 Cuántos tienen edad: _____
 Cuántos tiene diagnóstico y códigos del diagnóstico: _____
 Cuántos tienen tratamiento: _____

Nota: N/A = '99'

REGISTROS DIARIOS DE ATENCION DEL PROGRAMA: (Atención de la Salud de la Mujer en ????)

I. *Se revisarán los formatos llenados en la última semana.*

Formato utilizado:

No tienen formatos 1	Usan formatos no oficiales 2	Usan formatos hechos a mano 3	Usan formatos oficiales impresos 4	Usan formatos obsoletos 5
-------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

Llenado de formatos:

Formatos no llenos 1	Pocos ítems llenos 2	Mitad de los ítems llenos 3	Casi todos los ítems llenos 4	Formato completamente lleno 5	N/A 6
-------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------

II. *Se revisarán los formatos llenados en el último mes.*

Cuántos formatos deberían haber? _____
 Cuántos formatos hay a mano? _____
 Cuántos formatos son oficiales (a mano o impresos)? _____
 Cuántos completamente llenos (o casi)? _____
 Cuántos son ilegibles? _____

Ítems llenados en el record de los últimos 20 pacientes (si menos de 20, marque '88')

Cuántos tienen nombre y/o número de historia: _____
 Cuántos tienen edad: _____
 Cuántos tiene diagnóstico y códigos del diagnóstico: _____
 Cuántos tienen tratamiento: _____

Nota: N/A = '99'

REGISTROS DIARIOS DE ATENCION DEL PROGRAMA: (Prevención de Cáncer de Cuello Uterino y Mamas)

I. *Se revisarán los formatos llenados en la última semana.*

Formato utilizado:

No tienen formatos 1	Usan formatos no oficiales 2	Usan formatos hechos a mano 3	Usan formatos oficiales impresos 4	Usan formatos obsoletos 5
-------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

128

Llenado de formatos:

Formatos no llenos 1	Pocos ítems llenos 2	Mitad de los ítems llenos 3	Casi todos los ítems llenos 4	Formato completamente lleno 5	N/A 6
-------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------

II. Se revisarán los formatos llenados en el último mes.

- Cuántos formatos deberían haber? _____
- Cuántos formatos hay a mano? _____
- Cuántos formatos son oficiales (a mano o impresos)? _____
- Cuántos completamente llenos (o casi)? _____
- Cuántos son ilegibles? _____

Ítems llenados en el record de los últimos 20 pacientes (si menos de 20, marque "88")

- Cuántos tienen nombre y/o número de historia: _____
- Cuántos tienen edad: _____
- Cuántos tienen diagnóstico y códigos del diagnóstico: _____
- Cuántos tienen tratamiento: _____

Nota: N/A = "99"

REGISTRO MENSUAL (Copia oficial)

I. Se revisará el último mes registrado

El mes revisado: _____

Formato utilizado:

No tienen formatos 1	Usan formatos no oficiales 2	Usan formatos hechos a mano 3	Usan formatos oficiales impresos 4	Usan formatos obsoletos 5
-------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

Llenado de formatos:

Formatos no llenos 1	Pocos ítems llenos 2	Mitad de los ítems llenos 3	Casi todos los ítems llenos 4	Formato completamente lleno 5	N/A 6
-------------------------	-------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

104

El presente cuestionario es un intento por conocer mejor sus sentimientos y percepciones en relación al trabajo real que realiza. Es necesario que sus respuestas sean lo más cercanas a la realidad, ya que de esta manera nos será posible detectar áreas críticas reales de problemas, para formular soluciones. Recuerde que el cuestionario es anónimo, siéntase con libertad para responder. Por favor, identifique su respuesta con el número que le corresponde y colóquelo en la línea a su derecha.

PRESTACION DE SERVICIOS

- | | #1 | #2 | #3 | #4 | #5 | |
|----|--|--|-----------------------------|---|--|----------|
| 1. | En su Centro de Salud, los médicos insisten en atender a todos los niños con diarrea en lugar de pasarlos directamente del triaje o de la cola a la URO? | | | | | _____001 |
| | Ninguno | Muy pocos | Algunos | La mayoría | todos | |
| 2. | En cuanto a la participación de los médicos en el Programa CED, Ud. observó colaboración por parte de ellos? | | | | | _____002 |
| | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | |
| 3. | "En muchos niños atendidos en esta Unidad, su estado de deshidratación se empeora por la demora durante su evaluación." En relación a esta afirmación Ud. está en: | | | | | _____003 |
| | Desacuerdo total | Desacuerdo parcial | Neutral | Acuerdo parcial | Acuerdo total | |
| 4. | En el momento real en que está desempeñando su trabajo, con qué frecuencia hace una evaluación de los niños de la cola para atenderlos según el grado de deshidratación? | | | | | _____004 |
| | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | |
| 5. | a. "En relación a mi sentimiento de seguridad de haber realizado una buena evaluación de un niño deshidratado..." | | | | | _____005 |
| | Nunca estoy segura(o) | De vez en cuando me siento segura(o) | A veces me siento segura(o) | Casi siempre me siento segura(o) | Siempre me siento segura(o) | |
| | b. Si su respuesta es 1 o 2, la razón más probable para ello es: | | | | | _____006 |
| | Me falta capacitación | No hay tiempo suficiente para una buena evaluación | Ese trabajo es muy tenso | Las madres presionan para atención rápida | Otros | |
| 6. | En relación al manejo de un niño deshidratado: (evaluación, tratamiento, educación a la madre,...) | | | | | _____007 |
| | Nunca estoy segura(o) | De vez en cuando me siento segura(o) | A veces me siento segura(o) | Casi siempre me siento segura(o) | Siempre me siento segura(o) | |
| 7. | a. En los casos de deshidratación moderada o severa, se hacen visitas domiciliarias de seguimiento? | | | | | _____008 |
| | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | |
| | b. Si su respuesta es 1 o 2, la razón más probable para ello es: | | | | | _____009 |
| | No hay tiempo para hacerlo | No está normado | No hay personal suficiente | El supervisor no las programa | La mayoría de pacientes no requieren visitas domiciliarias | |
| 8. | En relación al tratamiento de niños con diarrea Ud. indica: | | | | | |
| | a. Antidiarréicos? | | | | | _____010 |
| | Nunca los indica | De vez en cuando los indica | A veces los indica | Casi siempre los indica | Siempre los indica | |

C.S.: _____ **FECHA:** ____/____/____ **CODIGO:** * _____

130

	#1	#2	#3	#4	#5	
b. Antibióticos?	Nunca los indica	De vez en cuando los indica	A veces los indica	Casi siempre los indica	Siempre los indica	___ 011
c. Medicamentos para los vómitos?	Nunca los indica	Muy rara vez los indica	Algunas veces los indica	Frecuentemente los indica	Siempre los indica	___ 012

PROMOCION/EDUCACION

9.	Al explicar a la madre los signos de deshidratación, Ud. se siente insegura(o)?	Nunca	De vez en cuando	A veces	Casi siempre	Siempre	___ 013
10.	El año pasado, con qué frecuencia se dieron charlas educativas acerca del Programa CED a la comunidad?	Ninguna vez	1 vez al año	Cerca de 1 vez al mes	Cerca de 2-3 veces al mes	Cerca de 1 vez a la semana	___ 014
11.	Durante el mensaje educativo que proporciona a las madres, en qué grado las percibe interesadas en lo que les dice?	No tienen interés	De vez en cuando les noto interés	A veces tienen interés	Casi siempre están interesadas	Siempre tienen interés	___ 015
12.	Cuando brinda mensajes educativos, Ud. se siente segura(o) de la información dada?	Nunca	De vez en cuando	A veces	Casi siempre	Siempre	___ 016

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

131

CUESTIONARIO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS

El presente cuestionario es un intento por conocer mejor sus sentimientos y percepciones en relación al trabajo real que realiza. Es necesario que sus respuestas sean lo más cercanas a la realidad, ya que de esta manera nos será posible detectar áreas críticas reales de problemas, para formular soluciones. Recuerde que el cuestionario es anónimo, siéntase con libertad para responder. Por favor, identifique su respuesta con el número que le corresponde y colóquelo en la línea a su derecha.

PRESTACION DE SERVICIOS

	#1	#2	#3	#4	#5	
1. En su Centro de Salud, los médicos insisten en atender a todos los niños con IRA en lugar de darles preferencia a los casos de IRA moderada y grave? a la URO?	Ninguno	Muy pocos	Algunos	La mayoría	Todos	_____001
2. En cuanto a la participación de los médicos en el Programa IRA, Ud. observa colaboración por parte de ellos?	Nunca	De vez en cuando	A veces	Casi siempre	Siempre	_____002
3. "En muchos niños atendidos en esta Unidad, su caso empeora por la demora durante su evaluación." En relación a esta afirmación Ud. está en:	Desacuerdo total	Desacuerdo parcial	Neutral	Acuerdo parcial	Acuerdo total	_____003
4. En una situación real en que Ud. está desempeñando su trabajo, con qué frecuencia hace una evaluación de los niños que esperan en la cola para atenderlos según el grado según el caso de IRA ?	Nunca	De vez en cuando	A veces	Casi siempre	Siempre	_____004
5. a. "En relación a mis sentimientos de seguridad de haber realizado una buena evaluación de un niño con IRA..."	Nunca estoy segura(o)	De vez en cuando me siento segura(o)	A veces me siento segura(o)	Casi siempre me siento segura(o)	Siempre me siento segura(o)	_____005
b. Si su respuesta es 1 o 2, la razón más probable para ello es:	Me falta capacitación	No hay tiempo suficiente para una buena evaluación	Eso trabajo es muy tenso	Las madres presionan para atención rápida	Otros	_____006
6. En relación al manejo de un niño con IRA: (evaluación, tratamiento, educación a la madre,...)	Nunca estoy segura(o)	De vez en cuando me siento segura(o)	A veces me siento segura(o)	Casi siempre me siento segura(o)	Siempre me siento segura(o)	_____007
7. a. En los casos de IRA moderada o severa, se hacen visitas domiciliarias de seguimiento?	Nunca	De vez en cuando	A veces	Casi siempre	Siempre	_____008
b. Si su respuesta es 1 o 2, la razón más probable para ello es:	No hay tiempo para hacerlo	No está normado	No hay personal suficiente	El supervisor no las programa	La mayoría de pacientes no requieren visitas domiciliarias	_____009
8. En relación al tratamiento de niños con IRA Ud. indica:						
a. Jarabes para la tos?	Nunca los indica	De vez en cuando los indica	A veces los indica	Casi siempre los indica	Siempre los indica	_____010

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

132

- | | #1 | #2 | #3 | #4 | #5 | |
|---------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|--------|
| b. Antibióticos? | Nunca los indica | De vez en cuando los indica | A veces los indica | Casi siempre los indica | Siempre los indica | ___011 |
| c. Medicamentos para la fiebre? | Nunca los indica | Muy rara vez los indica | Algunas veces los indica | Frecuentemente los indica | Siempre los indica | ___012 |

PROMOCION/EDUCACION

- | | | | | | | | |
|-----|---|-------------------|-----------------------------------|------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------|
| 9. | Al explicar a la madre los signos y síntomas de IRA, Ud. se siente insegura(o)? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___013 |
| 10. | El año pasado, con qué frecuencia se dieron charlas educativas acerca del Programa IRA a la comunidad? | Ninguna voz | 1 vez al año | Cerca de 1 vez al mes | Cerca de 2-3 voces al mes | Cerca de 1 vez a la semana | ___014 |
| 11. | Durante el mensaje educativo que proporciona a las madres, en qué grado las percibe interesadas en lo que les dice? | No tienen interés | De vez en cuando les noto interés | A veces tienen interés | Casi siempre están interesadas | Siempre tienen interés | ___015 |
| 12. | Cuando brinda mensajes educativos, Ud. se siente segura(o) de la información dada? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___016 |

C.S.: ____ FECHA: __/__/__ CODIGO: ____

123

CUESTIONARIO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS

El presente cuestionario es un intento por conocer mejor sus sentimientos y percepciones en relación al trabajo real que realiza. Es necesario que sus respuestas sean lo más cercanas a la realidad, ya que de esta manera nos será posible detectar áreas críticas reales de problemas, para formular soluciones. Recuerde que el cuestionario es anónimo, siéntase con libertad para responder. Por favor, identifique su respuesta con el número que le corresponde y colóquelo en la línea a su derecha.

PRESTACION DE SERVICIOS

- | | #1 | #2 | #3 | #4 | #5 | |
|---|--|--|---|--|---|----------|
| 1. Con qué frecuencia tiene Ud. dificultades en comunicarse con la paciente por razones de idioma? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | _____001 |
| 2. Con qué frecuencia cita Ud. a la madre para otro día de vacunación y espera abrir el frasco de la vacuna hasta cuando hay más niños? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | _____002 |
| 3. En qué circunstancias a un niño con diarrea no le administraría las vacunas? | Nunca las administro porque tiene diarrea | De vez en cuando no las administro porque tiene diarrea | A veces no las administro porque tiene diarrea | Casi siempre no las administro porque tiene diarrea | Siempre las administro si tiene diarrea | _____003 |
| 4. En qué circunstancias a un niño con fiebre no le administraría las vacunas? | Nunca las administro porque tiene fiebre | De vez en cuando no las administro porque tiene fiebre | A veces no las administro porque tiene fiebre | Casi siempre no las administro porque tiene fiebre | Siempre las administro si tiene fiebre | _____004 |
| 5. En qué circunstancias a un niño con resfrío no le administraría las vacunas? | Nunca las administro porque está resfriado | De vez en cuando no las administro porque está resfriado | A veces no las administro porque está resfriado | Casi siempre no las administro porque está resfriado | Siempre las administro si tiene resfriado | _____005 |
| 6. Con qué frecuencia Ud. deja de aplicar las vacunas porque la madre tiene miedo a que se la apliquen? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | _____006 |

PROMOCION/EDUCACION

- | | | | | | | |
|--|-------|------------------|---------|--------------|---------|----------|
| 7. Al explicar a la madre las reacciones y cuidados de la vacuna Antipoliomilítica, Ud. se siente insegura(o)? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | _____007 |
| 8. Al explicar a la madre las reacciones y cuidados de la DPT, Ud. se siente insegura(o)? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | _____008 |
| 9. Al explicar a la madre las reacciones y cuidados de la Antitetánica, Ud. se siente insegura(o)? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | _____009 |
| 10. Al explicar a la madre las reacciones y cuidados de la BCG, Ud. se siente insegura(o)? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | _____010 |

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

134

- | | #1 | #2 | #3 | #4 | #5 | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|--------|
| 11. | Al explicar a la madre las reacciones y cuidados de la Antisarampionosa, Ud. se siente insegura(o)? | | | | | |
| | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___011 |
| 12. | Con qué frecuencia Ud. brinda educación a la madre sobre las reacciones y cuidados de las vacunas? | | | | | |
| | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___012 |
| 13. | El año pasado, con qué frecuencia se dieron charlas educativas sobre las vacunas a la comunidad? | | | | | |
| | Ninguna voz | 1 vez al año | Cerca de 1 vez al mes | Cerca de 2-3 veces al mes | Cerca de 1 vez a la semana | ___013 |
| 14. | Cuando brinda mensajes educativos, Ud. se siente segura(o) de la información dada? | | | | | |
| | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___014 |
| 15. | En qué grado participa la comunidad en sus actividades educativas? | | | | | |
| | No participan | De vez en cuando participan | A veces participan | Casi siempre participan | Siempre participan | ___015 |
| 16. | Con qué frecuencia Ud. evalúa el grado de comprensión del público, luego de los mensajes educativos? | | | | | |
| | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___016 |

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

132

CUESTIONARIO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS

El presente cuestionario es un intento por conocer mejor sus sentimientos y percepciones en relación al trabajo real que realiza. Es necesario que sus respuestas sean lo más cercanas a la realidad, ya que de esta manera nos será posible detectar áreas críticas reales de problemas, para formular soluciones. Recuerde que el cuestionario es anónimo, siéntase con libertad para responder. Por favor, identifique su respuesta con el número que le corresponde y colóquelo en la línea a su derecha.

PRESTACION DE SERVICIOS

- | | #1 | #2 | #3 | #4 | #5 | |
|--|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|--------|
| 1. En su Centro de Salud, con qué frecuencia la paciente de inter-consulta espera al médico? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___000 |
| 2. En su Centro de Salud, con qué frecuencia espera Ud. las historias clínicas para iniciar su consulta? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___000 |
| 3. Con qué frecuencia no puede Ud. hacer el seguimiento de la paciente porque alguien no registró en la historia clínica y/o Parte Diario ni avisó al profesional responsable que dió suministros de Planificación Familiar? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___000 |
| 4. Con qué frecuencia tiene Ud. que atender varios partos a la misma vez? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___000 |
| 5. Con qué frecuencia tiene Ud. que hacer una historia clínica de nuevo porque el original no llegó con la paciente? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___000 |
| 6. Con qué frecuencia no puede llenar Ud. los registros por falta de tiempo? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___000 |
| 7. Con qué frecuencia tiene que esperar la paciente para ser atendida por emergencia obstétrica? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___000 |
| 8. Con qué frecuencia tiene que esperar la paciente para ser atendida por emergencia general? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___000 |
| 9. Cuál es el promedio diario de pacientes que Ud. atiende? | Menos que 10 | 10 | 15 | 20 | Más que 20 | |
| a. Si atiende menos de 20 pacientes al día, por qué razón? | No deseo hacerlo | La falta de materiales o insumos | Realizo otras actividades | No hay demanda | Tengo que compartir el consultorio | |
| 10. a. Cuando la paciente no acude su cita, se hacen visitas domiciliarias de seguimiento? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___008 |
| b. Si su respuesta es 1 o 2, la razón más probable para ello es: | No hay tiempo para hacerlo | No está normado | No hay personal suficiente | El supervisor no las programa | La mayoría de pacientes no requieren visitas domiciliarias | ___009 |
| 11. Con qué frecuencia tiene Ud. dificultades en comunicarse con la paciente por razones de idioma? | Nunca | De vez en cuando | A veces | Casi siempre | Siempre | ___008 |

C.S.: _____ FECHA: ___/___/___ CODIGO: _____

126

#1 #2 #3 #4 #5

12. Cómo se asegura Ud. que a la gestante le aplicaron la vacuna Antitetánica después de haber sido referida?
 No me aseguro Pregunto a la gestante Pregunto al auxiliar de inmunizaciones Reviso el registro de inmunizaciones Reviso la tarjeta de control

PROMOCION/EDUCACION

13. El año pasado, con qué frecuencia se dieron charlas educativas a la comunidad?
 Ninguna vez 1 vez al año Cerca de 1 vez al mes Cerca de 2-3 veces al mes Cerca de 1 vez a la semana _____ 014

14. El año pasado, con qué frecuencia se dieron charlas educativas al personal de salud?
 Ninguna vez 1 vez al año Cerca de 1 vez al mes Cerca de 2-3 veces al mes Cerca de 1 vez a la semana _____ 014

15. El año pasado, con qué frecuencia se dieron charlas educativas a las parteras?
 Ninguna vez 1 vez al año Cerca de 1 vez al mes Cerca de 2-3 veces al mes Cerca de 1 vez a la semana _____ 014

16. Si no realiza Ud. actualmente las charlas educativas, por qué razón?
 No creo conveniente No tengo donde hacerlo No tengo tiempo No tengo materiales Lo realizo otra persona Nadie asiste

17. Si Ud. realiza labores educativos, en dónde lo hace?
 En el consultorio En el Estab. En la misma comunidad En un ambiente especial En todos los anteriores

18. Cómo elige Ud. los temas de su labor educativo?
 Porque me lo ordenan Por el material que tengo Porque me gusta La gente me lo pide Según las necesidades detectadas

19. Cuando brinda mensajes educativos, Ud. se siente segura(o) de la información dada?
 Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre _____ 016

20. a. Con qué material se ayuda Ud. en su labor educativo?
 No uso nada Pizarra Slides Rotafolios Todos

b. Cómo tiene Ud. su material educativo?
 Lo preparo Me lo prestan cuando lo necesita Existen en el establecimiento Lo obtengo con recursos del establecimiento Lo obtengo con mis propios medios

21. En que grado participa la comunidad en sus actividades educativas?
 No participan De vez en cuando participan A veces participan Casi siempre participan Siempre participan

22. En qué grado coordina su labor la partera tradicional con Ud.
 No participan De vez en cuando participan A veces participan Casi siempre participan Siempre participan

23. Cómo evalúa si el público captó el mensaje?
 No evalúo Por el número de participantes Cuando los participantes acuden al estab. de salud posteriormente Los hago preguntas Cuando los participantes exponen el mensaje

C.S.: _____ FECHA: ____/____/____ CODIGO: _____

151

APOYO

#1 #2 #3 #4 #5

24. Con qué frecuencia tiene que consultar el cuaderno para contestar las preguntas de estadística? _____016
Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
25. Con que frecuencia se entera Ud. que una paciente trató de verle a Ud., pero fue informada que el obstetrix no estaba trabajando? _____000
Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre
26. Con qué frecuencia impide el trabajo su ayudante? _____000
Nunca De vez en cuando A veces Casi siempre Siempre

C.S.: _____ **FECHA:** ___/___/___ **CODIGO:** _____

128