

CONFIDENCIAL La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007 ENCUESTA A IPS – MÓDULO 3 VERIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE CONSULTAS AMBULATORIAS	Número de identificación muestral: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--	--	---

Esta entrevista se realiza con las personas responsables de la prestación directa de servicios a la población, en los consultorios identificados en los módulos 2.

I. IDENTIFICACIÓN

101	Nombre del departamento: _ _ _ _
102	Nombre del municipio: _ _ _ _
103	Nombre de la institución: _ _ _ _ _ _ _ _
104	Nombre del servicio: _ _ _ _
105	Numero o nombre del consultorio _ _ _ _ _ _ _ _

II. DATOS DE CONTROL

Resultado de la entrevista						
201. Visita	202. Fecha			203. Hora inicio	204. Hora fin	205. Resultado
	Día	Mes	Año			
1	_ _ -	_ -	_ _ _ _	_ : _	_ : _	_ ↓
2	_ _ -	_ -	_ _ _ _	_ : _	_ : _	_ ↓
CÓDIGOS DE RESULTADO						
1. Completa		4. Ausente momentáneo			¿Cuál? _____	
2. Incompleta		8. Otro:				
3. Rechazo						
206. Entrevistador@: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
207. Supervisor@: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						208. Resultado final: _

VI. IDENTIFICACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS

601	Nombres del entrevistad@:				
602	Sexo:		Hombre 1 <input type="checkbox"/>	Mujer 2 <input type="checkbox"/>	
603	Edad (años cumplidos):		_ _		
604	¿Cuál es su profesión?	Médic@ general	1 <input type="checkbox"/>		
		Enfermer@	2 <input type="checkbox"/>		
		Psicólog@	3 <input type="checkbox"/>		
		Nutricionista@	4 <input type="checkbox"/>		
		Odentólog@	5 <input type="checkbox"/>		
		Auxiliar	6 <input type="checkbox"/> → 606		
	Otro profesional. ¿Cuál? _____	7 <input type="checkbox"/>			
605	¿Tiene alguna especialización certificada por una entidad de educación formal?		Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____		
			No 2 <input type="checkbox"/>	_____	

606	¿Cuál es su forma de vinculación con esta institución?	Contrato laboral	1	<input type="checkbox"/>
		Contrato de prestación de servicios	2	<input type="checkbox"/>
		En comisión	3	<input type="checkbox"/>
		Es un pasante	4	<input type="checkbox"/>
		Hace trabajo voluntario	5	<input type="checkbox"/>
		Contratado a través de cooperativa	6	<input type="checkbox"/>
607	¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta institución? Si ha trabajado por períodos discontinuos, registre el tiempo desde la última vinculación	En días	1	<input type="checkbox"/>
		En meses	2	<input type="checkbox"/>
		En años	3	<input type="checkbox"/>

VII. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES CRÍTICAS DE LA ATENCIÓN					
701	En su concepto, las condiciones físicas del consultorio (área, luz, ventilación, calidad de pisos, paredes y techos, entre otros) son las apropiadas para...:	a. Realizar todas las actividades requeridas en consulta correctamente:	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		b. Garantizar privacidad para explicar al usuario su situación y orientar su tratamiento:	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		c. Proteger su salud y la del usuario:	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
702	En su concepto, los muebles y equipos disponibles en este consultorio, son:	a. Suficientes para realizar la consulta oportunamente:	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		b. De calidad apropiada para realizar todas las actividades requeridas en consulta correctamente:	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
		c. Suficientes para explicar al usuario su situación y orientar su tratamiento:	Sí	1	<input type="checkbox"/>
			No	2	<input type="checkbox"/>
703	¿En el último mes se ha dañado algún mueble o equipo?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/> → 705	
		No sabe	3	<input type="checkbox"/> → 705	
704	¿El mueble o equipo ya fue reparado o repuesto?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/>	
		No sabe	3	<input type="checkbox"/>	

705	<p>Los insumos disponibles en este consultorio, es decir materiales de curación o examen, guantes, papelería, material de educación, son suficientes para...:</p>	<p>a. ¿Realizar la consulta oportunamente?</p> <p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. ¿Realizar todas las actividades en consulta correctamente?</p> <p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. ¿Explicar al usuario su situación y orientar su tratamiento?</p> <p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>d. ¿Explicar al usuario su tratamiento?</p> <p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>e. ¿Proteger su salud y la del usuario?</p> <p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p>
706	<p>En los últimos 30 días, ¿la falta de algún insumo crítico afectó la calidad de las consultas realizadas por usted?</p>	<p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/> → 710</p>
707	<p>¿Cuál es el insumo faltante más importante? _____</p>	
708	<p>¿Durante cuántos de los últimos 30 días, faltó este insumo?</p>	<p style="text-align: right;"> _ _ _ </p>
709	<p>¿En el día de hoy, aún falta este insumo?</p>	<p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No sabe 3 <input type="checkbox"/></p>
710	<p>¿Cuántos minutos debe durar una atención en _____ de acuerdo con las normas de la institución? <i>Si la persona no entiende, pregunte ¿Las citas las dan con cuántos minutos de diferencia?</i></p> <p style="text-align: right;"> _ _ _ minutos</p>	
711	<p>¿El tiempo definido para la atención, le permite:</p>	<p>a. ¿Realizar la consulta oportunamente?</p> <p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. ¿Realizar todas las actividades en consulta correctamente?</p> <p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. ¿Explicar al usuario su situación y orientar su tratamiento?</p> <p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>d. ¿Proteger su salud y la del usuario?</p> <p style="text-align: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">No 2 <input type="checkbox"/></p>

712	Si la institución le diera más tiempo por atención, ¿en qué actividad utilizaría usted el tiempo adicional? Dígame las dos más importantes.	a. Explorar el motivo de consulta de la persona y su sintomatología actual 1 <input type="checkbox"/> b. Explorar la historia personal y los antecedentes del Usuario 1 <input type="checkbox"/> c. Examinar a la persona 1 <input type="checkbox"/> d. Estudiar las mejores intervenciones posibles 1 <input type="checkbox"/> e. Explicarle a la persona su situación actual 1 <input type="checkbox"/> f. Explicarle a la persona el tratamiento a seguir 1 <input type="checkbox"/> g. Explicarle a la persona que hacer en su casa para mejorar su salud 1 <input type="checkbox"/> h. Hacer los registros requeridos 1 <input type="checkbox"/> i. Otro, ¿Cuál? _____ 1 <input type="checkbox"/>																					
713	¿Tiene definido la institución un procedimiento para la remisión de pacientes a otra institución, cuando la situación del usuario así lo requiere?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 717 No sabe 3 <input type="checkbox"/> → 717																					
714	¿Conoce usted este procedimiento?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 716																					
715	¿Podría mostrarme el documento que explique el procedimiento de remisión de usuarios a otro nivel de complejidad?	Verificado 1 <input type="checkbox"/> → 717 No verificado 2 <input type="checkbox"/> → 717																					
716	¿Cuál es la principal razón para que dicho procedimiento no sea conocido por usted?	Nunca se lo han presentado en la institución 1 <input type="checkbox"/> Cuando lo presentaron no estaba en la institución 2 <input type="checkbox"/> No es el responsable de la remisión de pacientes 3 <input type="checkbox"/> Es un procedimiento administrativo 4 <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál? _____ 5 <input type="checkbox"/>																					
717	← ENTREVISTADOR@: Verifique 104 ¿El código del servicio corresponde a ...?	Odontología (334) 1 <input type="checkbox"/> → 1001 Consulta externa (301 a 397, sin contar 334) 2 <input type="checkbox"/> → VIII Protección específica y detección temprana 3 <input type="checkbox"/>																					
← ENTREVISTADOR																							
La pregunta 718, incluye literales de la (a) a la (f). Cada literal es, a su vez, una pregunta y para cada una la respuesta es Sí (marca la casilla) o No. Al lado de la casilla de respuesta, se indica qué preguntas deben aplicarse si la respuesta al literal es Sí.																							
Primero lea al entrevistad@ todas los literales de la a hasta la f y marque la respuesta obtenida en cada caso. Luego revise las respuestas e identifique el primer literal con respuesta Sí y las preguntas ubicadas al frente. Pase a dichas preguntas y una vez diligenciadas regrese a P718 , marque la casilla de verificación e identifique el siguiente literal con respuesta Sí .																							
718	En este consultorio usted atiende personas para:	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Atenciones prestadas</th> <th>Preguntas a aplicar</th> <th>Casilla verificar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Consulta externa y protección específica</td> <td>2 <input type="checkbox"/> → VIII</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Control prenatal</td> <td>1 <input type="checkbox"/> → 801-808</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Planificación familiar</td> <td>1 <input type="checkbox"/> → 809-816</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Control de crecimiento y desarrollo</td> <td>1 <input type="checkbox"/> → 817-824</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Citología de cuello uterino</td> <td>1 <input type="checkbox"/> → 851-858</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Vacunación</td> <td>1 <input type="checkbox"/> → 895-8105</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Atenciones prestadas	Preguntas a aplicar	Casilla verificar	a. Consulta externa y protección específica	2 <input type="checkbox"/> → VIII		b. Control prenatal	1 <input type="checkbox"/> → 801-808	<input type="checkbox"/>	c. Planificación familiar	1 <input type="checkbox"/> → 809-816	<input type="checkbox"/>	d. Control de crecimiento y desarrollo	1 <input type="checkbox"/> → 817-824	<input type="checkbox"/>	e. Citología de cuello uterino	1 <input type="checkbox"/> → 851-858	<input type="checkbox"/>	f. Vacunación	1 <input type="checkbox"/> → 895-8105	<input type="checkbox"/>
Atenciones prestadas	Preguntas a aplicar	Casilla verificar																					
a. Consulta externa y protección específica	2 <input type="checkbox"/> → VIII																						
b. Control prenatal	1 <input type="checkbox"/> → 801-808	<input type="checkbox"/>																					
c. Planificación familiar	1 <input type="checkbox"/> → 809-816	<input type="checkbox"/>																					
d. Control de crecimiento y desarrollo	1 <input type="checkbox"/> → 817-824	<input type="checkbox"/>																					
e. Citología de cuello uterino	1 <input type="checkbox"/> → 851-858	<input type="checkbox"/>																					
f. Vacunación	1 <input type="checkbox"/> → 895-8105	<input type="checkbox"/>																					

VIII. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

801	¿En esta consulta se hace detección de alteraciones del embarazo, es decir control prenatal?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 809
802	¿Tiene esta institución un protocolo para la consulta de detección de alteraciones del embarazo (control prenatal) ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 807
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 807
803	¿Conoce usted este protocolo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 807
804	De acuerdo con el protocolo una mujer con un embarazo de bajo riesgo, ¿cada cuánto debe venir a control prenatal?	_ _ _	Semanas 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>
805	¿Utiliza usted el protocolo para orientar la consulta de detección de alteraciones del embarazo (control prenatal)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
806	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Si está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/>
		No está disponible en la consulta	2 <input type="checkbox"/>
807	¿Conoce usted la norma técnica para la detección de alteraciones del embarazo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 809
808	¿Se encuentra el documento de la norma técnica disponible en este lugar para su consulta si así lo requiere?	Verificado	1 <input type="checkbox"/>
		No verificado	2 <input type="checkbox"/>
809	¿En esta consulta se hace atención en planificación familiar ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 817
810	¿Tiene esta institución un protocolo para la consulta de atención en planificación familiar?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 815
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 815
811	¿Conoce usted este protocolo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 815
812	De acuerdo con el protocolo de la institución, ¿una mujer usuaria de métodos hormonales debe volver a control?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 813
812a.	¿Cada cuánto tiempo debe volver a control?	_ _ _	Semanas 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>
813	¿Utiliza usted el protocolo para orientar la consulta de atención en planificación familiar?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
814	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/>
		No está disponible en la consulta	2 <input type="checkbox"/>
815	¿Conoce usted la norma técnica para la atención en planificación familiar?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 817
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 817

816	¿Se encuentra el documento de la norma técnica disponible en este lugar para su consulta si así lo requiere?	Verificado No verificado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
817	¿En esta consulta se hace control de crecimiento y desarrollo ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 825
818	En esta institución, ¿la consulta de crecimiento y desarrollo cubre niñ@s hasta de que edad?	____ ____ años No sabe	1 <input type="checkbox"/>
819	¿Tiene esta institución un protocolo para la consulta de detección de alteraciones del crecimiento y el desarrollo?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 823 3 <input type="checkbox"/> → 823
820	¿Conoce usted este protocolo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 823
821	¿Utiliza usted el protocolo para orientar la consulta de detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
822	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
823	¿Conoce usted la norma técnica para la detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 825
824	¿Se encuentra el documento de la norma técnica disponible en este lugar para su consulta si así lo requiere?	Verificado No verificado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
825	¿En esta consulta se hace atención de niñ@s con Enfermedad Diarreica Aguda ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 832
826	¿Tiene esta institución un protocolo o guía para la atención de niñ@s con Enfermedad Diarreica Aguda?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 830 3 <input type="checkbox"/> → 830
827	¿Conoce usted este protocolo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 830
828	¿Utiliza usted el protocolo o guía para orientar la atención de niños con EDA?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
829	¿Podría mostrarme el documento del protocolo o guía del que estamos hablando?	Está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
830	¿Conoce usted la guía de atención de la enfermedad diarreica aguda, del Ministerio de Protección Social (Salud)?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 832
831	¿Se encuentra el documento de la guía disponible en este lugar para su consulta si así lo requiere?	Verificado No verificado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

832	¿En esta consulta se hace atención de niñ@s con Infección Respiratoria Aguda ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 839
833	¿Tiene esta institución un protocolo o guía para la atención de niñ@s con Infección respiratoria Aguda?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 837 3 <input type="checkbox"/> → 837
834	¿Conoce usted este protocolo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 837
835	¿Utiliza usted el protocolo o guía para orientar la atención de niños con IRA?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
836	¿Podría mostrarme el documento del protocolo o guía del que estamos hablando?	Está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
837	¿Conoce usted la guía de atención de la Infección respiratoria Aguda, del Ministerio de Protección Social (Salud)?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 839
838	¿Se encuentra el documento de la guía disponible en este lugar para su consulta si así lo requiere?	Verificado No verificado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
839	¿En esta consulta se hace atención de personas que han sido agredidas físicamente ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 851
840	¿Tiene esta institución un protocolo o guía para la atención de personas que han sido agredidas físicamente?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 844 3 <input type="checkbox"/> → 844
841	¿Conoce usted este protocolo?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 844
842	¿Utiliza usted el protocolo o guía para orientar la atención de personas que han sido agredidas físicamente?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
843	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
844	¿Conoce usted la guía de atención del(a) menor y la mujer maltratados?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 846
845	¿Se encuentra el documento de la guía disponible en este lugar para su consulta si así lo requiere?	Verificado No verificado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
846	¿Existe alguna norma en la institución sobre qué hacer cuando se detecta en consulta un caso de violencia contra un menor de edad en cualquiera de sus formas?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 848 3 <input type="checkbox"/> → 848

847	¿Qué dice la norma institucional al respecto?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																														
PASE A 849																																
848	¿Qué hace usted cuando detecta un caso de violencia contra un menor de edad?	<hr/> <hr/> <hr/>																														
849	¿Cuando usted detecta un caso de violencia intrafamiliar, ofrece a la persona agredida orientación sobre dónde puede denunciar o buscar protección? (<i>lea las alternativas de respuesta</i>)	Sí, en todos los casos 1 <input type="checkbox"/> Sí, cuando la persona quiere hablar de eso o pregunta 2 <input type="checkbox"/> → 851 Algunas veces lo hace y algunas no 3 <input type="checkbox"/> → 851 Casi nunca lo hace 4 <input type="checkbox"/> → 851 No lo hace 5 <input type="checkbox"/> → 851																														
850	¿Tiene usted las direcciones o números telefónicos de las instituciones donde las personas agredidas pueden buscar protección?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Me puede dar el nombre y números telefónicos de la institución? <hr/> <hr/> <div style="text-align: right;">Tel. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></div>																														
851	¿En este consultorio se hace detección del cáncer de cuello uterino ?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 859																														
852	¿Tiene esta institución un protocolo para la detección del cáncer de cuello uterino?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 857 No sabe 3 <input type="checkbox"/> → 857																														
853	¿Conoce usted este protocolo o guía?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 857																														
854	De acuerdo con el protocolo de la institución, generalmente ¿cada cuánto se le debe hacer a las mujeres citología de cuello uterino? (<i>Marque en días, en meses o en años</i>)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Días</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> <td style="text-align: center;">Meses</td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Años</td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Días	1 <input type="checkbox"/>	_ _ _	Meses	2 <input type="checkbox"/>		Años	3 <input type="checkbox"/>																					
	Días	1 <input type="checkbox"/>																														
_ _ _	Meses	2 <input type="checkbox"/>																														
	Años	3 <input type="checkbox"/>																														
855	¿Utiliza usted el protocolo para la detección del cáncer de cuello uterino?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>																														
856	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Si está disponible en la consulta 1 <input type="checkbox"/> No está disponible en la consulta 2 <input type="checkbox"/>																														
857	¿Conoce usted la norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 859																														

858	¿Se encuentra el documento de la norma técnica disponible en este lugar para su consulta si así lo requiere?	Verificado No verificado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
859	¿En esta consulta se atienden personas con desnutrición o sobrepeso para el tratamiento de estos problemas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 867
860	¿Tiene esta institución un protocolo o guía para la atención de personas con desnutrición o con sobrepeso?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 865 3 <input type="checkbox"/> → 865
861	¿Conoce usted este protocolo o guía?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 865
862	¿La guía o protocolo normado por la institución para la desnutrición o sobrepeso incluye remisión a consulta de nutrición y a entrenamiento en actividad física?	a. Nutrición: Sí No No sabe b. Entrenamiento en actividad física: Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
863	¿Utiliza usted el protocolo o guía para la atención de personas con estos problemas de salud?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
864	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Si está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
865	¿Conoce usted las guías de atención de la desnutrición y el sobrepeso, del Ministerio de la Protección Social?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 867
866	¿Se encuentra el documento de la guía disponible en este lugar para su consulta si así lo requiere?	Verificado No verificado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
867	¿En esta consulta se hace atención de personas con dolor de espalda o cuello para el tratamiento de estos problemas?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 873
868	¿Tiene esta institución un protocolo o guía para el tratamiento de personas con dolor de espalda o cuello?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 873 3 <input type="checkbox"/> → 873
869	¿Conoce usted este protocolo o guía?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 873
870	¿La guía o protocolo normado por la institución para el dolor de espalda o cuello incluye remisión a fisioterapia para reeducación postural y manejo adecuado de cargas, y a psicología para manejo del estrés?	a. Fisioterapia: Sí No No sabe b. Psicología: Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

871	¿Utiliza usted el protocolo o guía para la atención de personas con estos problemas de salud?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
872	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
873	¿En esta consulta se hace atención de personas con hipertensión para el tratamiento de este problema?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 887
874	¿Tiene esta institución un protocolo o guía para la atención de personas con hipertensión?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 879 3 <input type="checkbox"/> → 879
875	¿Conoce usted este protocolo o guía?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 879
876	¿La guía o protocolo normado por la institución para la hipertensión incluye remisión a nutrición, a psicología y a entrenamiento en actividad física?	a. Nutrición: Sí No No sabe b. Psicología: Sí No No sabe c. Entrenamiento en actividad física: Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
877	¿Utiliza usted el protocolo o guía para la atención de personas con estos problemas de salud?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
878	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
879	¿Conoce usted la guía de atención de la hipertensión, del Ministerio de la Protección Social?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 887
880	¿Se encuentra el documento de la guía disponible en este lugar para su consulta?	Verificado No verificado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
887	¿En esta consulta se hace atención de personas con diabetes para el tratamiento de este problema?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 895
888	¿Tiene esta institución un protocolo o guía para la atención de personas con diabetes?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 893 3 <input type="checkbox"/> → 893
889	¿Conoce usted este protocolo o guía?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 893

890	¿La guía o protocolo normado por la institución para atención de diabetes incluye remisión a nutrición, a psicología y a entrenamiento en actividad física?	a. Nutrición:	
		Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>
		b. Psicología:	
		Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>
		c. Entrenamiento en actividad física:	
Sí	1 <input type="checkbox"/>		
No	2 <input type="checkbox"/>		
No sabe	3 <input type="checkbox"/>		
891	¿Utiliza usted el protocolo o guía para la atención de personas con estos problemas de salud?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
892	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/>
		No está disponible en la consulta	2 <input type="checkbox"/>
893	¿Conoce usted las guías de atención de la diabetes, del Ministerio de la Protección Social?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 895
894	¿Se encuentra el documento de la guía disponible en este lugar para su consulta?	Verificado	1 <input type="checkbox"/>
		No verificado	2 <input type="checkbox"/>
895	¿En este consultorio se hace vacunación de niños según el esquema del PAI?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 8106
896	¿Tiene esta institución un protocolo o guía para vacunación?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 8101
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 8101
897	¿Conoce usted este protocolo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 8101
898	¿El protocolo incluye el registro de datos en el carné de vacunación?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>
899	¿Utiliza usted el protocolo o guía para realizar la vacunación?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
8100	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/>
		No está disponible en la consulta	2 <input type="checkbox"/>
8101	¿Conoce usted la norma técnica para la vacunación según esquema PAI del Ministerio de la Protección Social?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 8103
8102	¿Se encuentra el documento de la norma técnica disponible en este lugar para su consulta?	Verificado	1 <input type="checkbox"/>
		No verificado	2 <input type="checkbox"/>

8103	¿Cuántas dosis tiene en inventario de cada biológico?	a. BCG (tuberculosis): <input type="text"/> b. DPT: (difteria, tétanos, tosferina) <input type="text"/> c. Polio: <input type="text"/> d. Triple viral (sarampión, parotiditis, Rubéola) <input type="text"/> e. Anti hemophilus influenza (HiB) <input type="text"/> f. Antihepatitis B: (HB) <input type="text"/> g. Antiamarílica (Fiebre amarilla) <input type="text"/> h. Toxoide diftérico <input type="text"/> i. Sarampión <input type="text"/> j. Rubéola <input type="text"/> k. Pentavalente (DPT, HiB, HB) <input type="text"/>																																																																																																																																					
Si en todas tiene más de 0 dosis→8106																																																																																																																																							
8104	¿Hace cuánto tiempo está sin (Lea el nombre del biológico)? Marque en meses, si es 15 días o menos marque 00 si son 16 días o más escriba 01	a. BCG: <input type="text"/> b. DPT: <input type="text"/> c. Polio: <input type="text"/> d. Triple viral: <input type="text"/> e. Anti hemophilus influenza: <input type="text"/> f. Antihepatitis B: <input type="text"/> g. Antiamarílica Fiebre amarilla <input type="text"/> h. Toxoide diftérico <input type="text"/> i. Sarampión <input type="text"/> j. Rubéola <input type="text"/> k. Pentavalente (DPT, HiB, HB) <input type="text"/>																																																																																																																																					
8105	¿Cuál es la principal razón que explica la falta de (lea el nombre del biológico)?	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 5%;">a</th> <th style="width: 5%;">b</th> <th style="width: 5%;">c</th> <th style="width: 5%;">d</th> <th style="width: 5%;">e</th> <th style="width: 5%;">f</th> <th style="width: 5%;">g</th> <th style="width: 5%;">h</th> <th style="width: 5%;">i</th> <th style="width: 5%;">j</th> <th style="width: 5%;">k</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se le acabó y no había hecho el pedido</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No hay en el municipio</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Se pidió pero no ha llegado</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Están cerrando el servicio de vacunación</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Está incluido en otro biológico</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No manejan esa vacuna</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No disponen de red de frío</td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>7 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Se solicita al hospital para uso el mismo día</td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro. ¿Cuál? _____</td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	Se le acabó y no había hecho el pedido	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	No hay en el municipio	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Se pidió pero no ha llegado	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Están cerrando el servicio de vacunación	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Está incluido en otro biológico	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	No manejan esa vacuna	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	No disponen de red de frío	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	Se solicita al hospital para uso el mismo día	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	Otro. ¿Cuál? _____	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	No sabe	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k																																																																																																																												
Se le acabó y no había hecho el pedido	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>																																																																																																																												
No hay en el municipio	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																																																																																																												
Se pidió pero no ha llegado	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																																																																																																												
Están cerrando el servicio de vacunación	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																																																												
Está incluido en otro biológico	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>																																																																																																																												
No manejan esa vacuna	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																																												
No disponen de red de frío	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>																																																																																																																												
Se solicita al hospital para uso el mismo día	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>																																																																																																																												
Otro. ¿Cuál? _____	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																																																																																												
No sabe	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>																																																																																																																												
8106	← ENTREVISTADOR@: Según la carpeta de la muestra, ¿En este municipio hay transmisión de malaria?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 8119																																																																																																																																				
8107	¿En esta consulta se hace atención de personas con malaria para el tratamiento de este problema?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 8119																																																																																																																																				
8108	¿Tiene esta institución un protocolo o guía para la atención de personas con malaria?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 8113 3 <input type="checkbox"/> → 8113																																																																																																																																				

8109	¿Conoce usted este protocolo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 8113
8110	¿La guía o protocolo normado por la institución para atención de malaria incluye el examen de gota gruesa para el control del tratamiento?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No sabe	3 <input type="checkbox"/>
8111	¿Utiliza usted el protocolo o guía para la atención de personas con este problema de salud?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
8112	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/>
		No está disponible en la consulta	2 <input type="checkbox"/>
8113	¿Conoce usted la guía de atención de la malaria, del Ministerio de la Protección Social?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 8115
8114	¿Se encuentra el documento de la guía disponible en este lugar para su consulta?	Verificado	1 <input type="checkbox"/>
		No verificado	2 <input type="checkbox"/>
8115	¿Cuántos tratamientos antimaláricos completos tiene en inventario en este momento la institución?		_ _ _ No sabe 1 <input type="checkbox"/>
			Sí mayor que cero (0) → 8119
8116	¿Hace cuánto tiempo no tiene en inventario tratamientos antimaláricos completos?	_ _ _	Días 1 <input type="checkbox"/>
			Meses 2 <input type="checkbox"/>
			Nunca ha tenido 3 <input type="checkbox"/> → 8118
8117	¿En qué fecha solicitaron la reposición de los tratamientos antimaláricos completos?	Día _ _ _ / Mes _ _ _ / Año _ _ _	
		No ha solicitado	<input type="checkbox"/>
8118	¿Cuál es la principal razón que explica la falta de tratamientos antimaláricos completos?	Se le acabó y no había hecho el pedido	1 <input type="checkbox"/>
		No hay en el municipio	2 <input type="checkbox"/>
		Se pidió pero no ha llegado	3 <input type="checkbox"/>
		Se atienden pocos casos	4 <input type="checkbox"/>
		Otro. ¿Cuál? _____	5 <input type="checkbox"/>
		No sabe	6 <input type="checkbox"/>
8119	◀ ENTREVISTADOR@: Según la carpeta de la muestra ¿En este municipio hay transmisión de dengue?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → IX
8120	¿En esta consulta se hace atención de personas con dengue para el tratamiento de este problema?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → IX
8121	¿Tiene esta institución un protocolo o guía para la atención de personas con dengue?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 8126
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 8126
8122	¿Conoce usted este protocolo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 8126

8123	¿Cuáles exámenes de laboratorio para el control del dengue, incluye la guía o protocolo normado por la institución? (espere respuesta, puede marcar varias alternativas)	a. Hematocrito <input type="checkbox"/> b. Hemoglobina <input type="checkbox"/> c. Plaquetas <input type="checkbox"/> d. Otro, ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> e. No sabe <input type="checkbox"/>
8124	¿Utiliza usted el protocolo o guía para la atención de personas con estos problemas de salud?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8125	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta <input type="checkbox"/> No está disponible en la consulta <input type="checkbox"/>
8126	¿Conoce usted la guía de atención del dengue, del Ministerio de la Protección Social?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 901
8127	¿Se encuentra el documento de la guía disponible en este lugar para su consulta si así lo requiere?	Verificado <input type="checkbox"/> No verificado <input type="checkbox"/>

IX. INSPECCIÓN DEL CONSULTORIO Y DEL ÁREA DE CONSULTORIOS		
	<p>← ENTREVISTADOR@</p> <p>Observe el área de consultorios o de consulta externa y una vez haya verificado registre sus observaciones sobre cada aspecto.</p>	
900	<p>← ENTREVISTADOR@</p> <p>¿Registró lo observado en este espacio en otro módulo?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> Servicio código __ __ __ → 907</p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
901	¿En el área de consultorios existen servicios sanitarios para uso de los usuarios?	<p>Sí <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos? __ __ </p> <p>No <input type="checkbox"/> → 907</p>
902	¿Están abiertos al público?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
903	¿Funciona bien el sanitario?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
904	¿Funciona bien el lavamanos?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
905	¿Tiene papel higiénico?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
906	¿Tiene toallas de papel para el secado de manos o secador eléctrico?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
	<p>← ENTREVISTADOR@</p> <p>Observe el consultorio y registre sus observaciones sobre cada aspecto.</p>	
907	¿El consultorio tiene un área delimitada para la entrevista del usuario?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
908	¿El consultorio tiene un área delimitada para examen del usuario?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

909	¿Hay silla para la atención del usuario?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
910	¿Hay camilla para el examen del usuario?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
911	¿Hay escalerilla o banco para subir y bajar de la camilla?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
912	¿Hay Fonendoscopio?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
913	¿Hay Tensiómetro?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
914	¿Hay equipo de órganos de los sentidos?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
915	¿Hay lavamanos?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
916	¿Hay baja lenguas?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
917	¿Hay algodón?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
918	¿Hay gasas?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
919	¿Hay guantes de látex?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
920	¿Hay formatos de historia clínica o computador para el registro de datos?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>

X. ATENCIÓN PREVENTIVA Y CURATIVA EN SALUD BUCAL			
1001	¿En esta consulta se hace control de placa bacteriana ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1005
1002	¿Tiene esta institución un protocolo definido para el control de placa bacteriana?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1005
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 1005
1003	¿Utiliza usted el protocolo o guía para realizar el control de placa bacteriana?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1004	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/>
		No está disponible en la consulta	2 <input type="checkbox"/>
1005	¿En esta consulta se hace aplicación de flúor tópico ?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1009
1006	¿Tiene esta institución un protocolo definido para la aplicación de flúor tópico?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1009
		No sabe	3 <input type="checkbox"/> → 1009

1007	¿Utiliza usted el protocolo o guía para la aplicación de flúor tópico?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1008	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1009	¿En esta consulta se hace aplicación de sellantes ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1013
1010	¿Tiene esta institución un protocolo definido para la aplicación de sellantes?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1013 3 <input type="checkbox"/> → 1013
1011	¿Utiliza usted el protocolo o guía para la aplicación de sellantes?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1012	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1013	¿En esta consulta se hace detartraje supragingival ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1017
1014	¿Tiene esta institución un protocolo definido para el detartraje supragingival?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1017 3 <input type="checkbox"/> → 1017
1015	¿Utiliza usted el protocolo o guía para el detartraje supragingival?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1016	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1017	¿En esta consulta se hace tratamiento de la caries ?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1021
1018	¿Tiene esta institución un protocolo definido para el tratamiento de la caries?	Sí No No sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1021 3 <input type="checkbox"/> → 1021
1019	¿Utiliza usted el protocolo o guía para el tratamiento de la caries?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1020	¿Podría mostrarme el documento del protocolo del que estamos hablando?	Sí está disponible en la consulta No está disponible en la consulta	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1021	¿Conoce usted la norma técnica de atención preventiva en salud bucal?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1023
1022	¿Se encuentra el documento de la norma técnica disponible en este lugar para su consulta?		Verificado 1 <input type="checkbox"/> No verificado 2 <input type="checkbox"/>

◀ ENTREVISTADOR@:

Inspeccione el consultorio y responda las siguientes preguntas. Siempre verifique cada punto.

1023	¿El consultorio tiene un área delimitada para entrevista del usuario?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1024	¿El consultorio tiene un área delimitada para examen del usuario?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1025	¿Hay unidad odontológica?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1026	¿El piso es lavable?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1027	¿Hay lavamanos?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1028	¿Hay guantes de látex?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1029	¿Hay tapabocas?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>

◀ ENTREVISTADOR@:

Inspeccione el área de consultorios odontológicos y responda las siguientes preguntas. Siempre verifique cada punto.

1030	¿En el área de consultorios odontológicos existen servicios sanitarios para los usuarios?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos? __ __
		No	2 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
1031	¿Están abiertos al público?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1032	¿Están limpios?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1033	¿Funciona bien el sanitario?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1034	¿Funciona bien el lavamanos?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1035	¿Tiene papel higiénico?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1036	¿Tiene toallas de papel para secarse las manos o secador eléctrico?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>