

ENCUESTA NACIONAL SOBRE LOS NIVELES DE VIDA EN LOS HOGARES

INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS DE SALUD

Tipo de infraestructura: 1. Centro de Salud Rural Concentrado (CSRC) 2. Centro de Salud Rural Disperso (CSRD) 3. Centro de Salud Urbano (CSU) 4. Unidad Auxiliar de Salud (UAS) 5. Unidad de Medicina Familiar 6. Clínica 7. Hospital 8. Otro (especificar) _____

FOLIO 2002

RESULTADO DE LA ENTREVISTA DEL LIBRO

Latitud: ° ' ''

Longitud: ° ' ''

UBICACION GEOGRAFICA									
1) Entidad federativa									
2) Municipio:									
3) Localidad:									
4) Semana de Levantamiento									
5) Tipo de Libro									

LOCALIZACION	
Entidad:	
Municipio:	
Localidad:	

DIRECCION DE LA UNIDAD DE SALUD	
Colonia:	
Calle:	
Número:	
Manzana Lote o Sección:	C:P
Entre calles:	
Referencia:	

LA ENCUESTA ESTÁ AUTORIZADA POR LA LEY DE INFORMACION ESTADISTICA Y GEOGRAFIA, CAPITULO V, DE ACUERDO AL ARTICULO 38° DE LA MENCIONADA LEY. LA INFORMACION SE MANTENDRA CON CARACTERISTICAMENTE CONFIDENCIAL.

CONFIDENCIAL



RESPONSABLES DE LOS SERVICIOS (SECCIÓN RS)

RS01. ENTREVISTADOR: ESTA SECCIÓN SERÁ RESPONDIDA POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD. SI NO SE ENCUENTRA, UN SUPLENTE DEBERÁ SUSTITUIRLO.

1. Nombre del director o quien responde: _____

2. Puesto: _____

En este estudio debemos obtener información acerca de esta unidad. Me puede proporcionar, por favor, el nombre de las personas a quienes podemos entrevistar acerca de los siguientes temas:

(RS Tipo)	TEMAS	RS02	RS03	RS04
AG.	Aspectos generales de la unidad de salud (ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER RESPONDIDA POR EL DIRECTOR O ENCARGADO DE LA UNIDAD DE SALUD)	¿Esta unidad tiene (...)?	¿Cuál es el nombre de la persona que puede responder acerca de (...)? SIGA A LA DERECHA →	¿Qué puesto tiene?
PS.	Personal y servicios con los que cuenta la unidad. (PERSONAL QUE LABORA EN LA UNIDAD Y LOS PRINCIPALES SERVICIOS CON QUE CUENTA LA UNIDAD, COMO LUZ, AGUA Y DRENAJE)		1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. Mismo encuestado	1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. Mismo encuestado
SER.	Actividades y servicios que presta la unidad. (ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE SE OTORGAN A LOS PACIENTES)		1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. Mismo encuestado	1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. Mismo encuestado
LAB.	Laboratorio de análisis clínicos (PRUEBAS QUE SON REALIZADAS EN EL LABORATORIO CON EL QUE CUENTA LA UNIDAD)	1. SI 3. NO ↔	1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. Mismo encuestado	1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. Mismo encuestado
FM.	Farmacia / medicamentos (MEDICAMENTOS QUE SON OFRECIDOS AL PÚBLICO)	1. SI 3. NO ↔	1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. Mismo encuestado	1. _____ _____ _____ 2. _____ _____ _____ 3. Mismo encuestado

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

AG01. ENTREVISTADOR: ESTA SECCIÓN SERÁ RESPONDIDA POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD. SI NO SE ENCUENTRA, UN SUPLENTE DEBERÁ SUSTITUIRLO.

1. Nombre del director o quien responde: _____ 2. Puesto: _____ 3. Mismo encuestado

Las siguientes preguntas son acerca de los aspectos generales de la unidad de salud.

<p>AG02. ¿Esta unidad tiene teléfono? 1. Si (especificar) 3. No</p>	<p>1 _____ 3 _____ → AG04</p>
<p>AG03. ¿Existe algún teléfono comunitario? 1. Si (especificar) 2. Si, pero no se lo sabe 3. No</p>	<p>1 _____ 2 _____ 3 _____</p>
<p>AG04. ¿Esta unidad cuenta con radiolocalizador? 1. Si 3. No</p>	<p>1 _____ 3 _____</p>
<p>AG05. ¿A qué institución pertenece esta unidad? 01. SSA (Secretaría de Salud) 02. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 03. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 04. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz Roja 07. SEDENA (Secretaría de la Defensa Nacional) 08. SEMAR (Secretaría de Marina) 09. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 10. INI (Instituto Nacional Indigenista) 11. Servicio privado religioso 12. Servicio privado no religioso 13. Otro (especificar)</p>	<p>01 _____ 02 _____ 03 _____ 04 _____ 05 _____ Especificar _____ 06 _____ 07 _____ 08 _____ 09 _____ 10 _____ 11 _____ 12 _____ 13 _____</p>
<p>AG06. ¿Cuál es la clave de identificación de esta unidad? 1. Clave de identificación</p>	<p>1. _____ 8. _____ Fuente de la clave _____</p>
<p>AG07. ¿Cuánto tiempo tiene funcionando esta unidad? 1. Tiempo en Años/Meses/Semanas</p>	<p>1. _____ 8. _____ Años _____ Meses _____ Semanas _____</p>
<p>AG08. ¿Está certificada esta unidad? 1. Si 3. No</p>	<p>1 _____ 3 _____</p>

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

Las siguientes preguntas son acerca del director/ persona encargada de la unidad de salud.

AG09.	Nombre del director: _____	
AG10.	ENTREVISTADOR: 1. EL ENCUESTADO ES EL DIRECTOR/ENCARGADO DE LA UNIDAD → AG22 2. EL ENCUESTADO NO ES EL DIRECTOR/ENCARGADO DE LA UNIDAD → AG11	
AG11.	¿En qué fecha nació usted? 1. Fecha 8. NS	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año → AG13 8.
AG12.	¿Qué edad tiene usted?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años
AG13.	ENTREVISTADOR: SEXO DEL ENCUESTADO	1. HOMBRE 3. MUJER
AG14.	¿Cuál es el último nivel al que usted asiste o asistió en la escuela? 1. Primaria 2. Secundaria 3. Secundaria abierta 4. Preparatoria o Bachillerato 5. Preparatoria o Bachillerato abierto 6. Normal básica 7. Normal superior 8. Profesional 9. Posgrado	1 2 3 → AG16 4 5 → AG16 6 → AG16 7 → AG16 8 → AG16 9 → AG16
AG15.	¿Cuál es el último grado que aprobó usted en la escuela? 00. No completo el primer grado 01. Primer grado 02. Segundo grado 03. Tercer grado 04. Cuarto grado 05. Quinto grado 06. Sexto grado 07. Séptimo o mayor 08. Otro (especificar)	00 01 02 03 04 05 06 07 08 } → AG17
AG16.	¿Obtuvo el título que lo acredita como graduado de ese nivel? 1. Si, se graduó/título 2. No, pasante 3. No terminó/ no ha terminado el total de los cursos	1 2 3
AG17.	¿Estudia o estudió además alguna carrera técnica o comercial? 1. Si 2. No 3. No terminó/ no ha terminado el total de los cursos	1 3 → AG20

AG18.	¿Cuántos años pasó (aprobó) / ha pasado en esta carrera? 1. Menos de un año 2. Años que aprobó o pasó 8. NS	1 2 <input type="checkbox"/> Años 8
AG19.	Para entrar a esta carrera, ¿qué estudios le pidieron? 1. Ninguno 2. Primaria terminada 3. Secundaria terminada 4. Preparatoria terminada 5. Otro (especificar)	1 2 3 4 5
AG20.	¿Cuál es su profesión/ocupación? 1. Médico general 2. Médico especialista (especificar) 3. Paramédico 4. Enfermero/a 5. Auxiliar de enfermería 6. Promotor de salud 7. Administrador 8. Otro (especificar)	1 2 3 4 5 6 7 8
AG21.	¿Desde qué fecha trabaja en esta unidad? 1. Fecha mes / año	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes 8.
AG22.	ENTREVISTADOR: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DEL DIRECTOR/PERSONA A CARGO.	
AG23.	¿En qué fecha nació usted/el director? 1. Fecha 8. NS	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Año → AG25 8.
AG24.	¿Qué edad tiene usted/el director? 1. Años 8. NS	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años 8.
AG25.	ENTREVISTADOR: SEXO DEL DIRECTOR / PERSONA A CARGO	1. HOMBRE 3. MUJER
AG26.	¿Usted/el director es originario de esta localidad? 1. Si 3. No	1 3

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

<p>AG27. ¿Cuál es el último nivel al que asiste o asistió usted/ el director en la escuela?</p> <p>01. Primaria 02. Secundaria 03. Secundaria abierta 04. Preparatoria o Bachillerato 05. Preparatoria o Bachillerato abierto 06. Normal básica 07. Normal superior 08. Profesional 09. Posgrado 98. NS</p>	<p>01 02 03 → AG29 04 → AG29 05 → AG29 06 → AG29 07 → AG29 08 → AG29 09 → AG29 98 → AG30</p>	<p>AG33. ¿Cuál es la profesión de usted/el director?</p> <p>1. Médico general 2. Médico especialista (especificar) 3. Paramédico 4. Enfermera/o 5. Auxiliar de enfermería 6. Promotor de salud 7. Otro (especificar) 8. NS</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8</p>
<p>AG28. ¿Cuál es el último grado que aprobó usted/ el director en la escuela?</p> <p>00. No completó el primer grado 01. Primer grado 02. Segundo grado 03. Tercer grado 04. Cuarto grado 05. Quinto grado 06. Sexto grado 07. Séptimo o mayor 08. Otro (especificar) 98. NS</p>	<p>00 01 02 03 04 05 06 07 08 98</p> <p>→ AG30</p>	<p>AG34. ¿Ha tomado usted/el director algún curso de administración?</p> <p>1. Si 3. No 8. NS</p> <p>1 3 8</p>
<p>AG29. ¿Usted / el director obtuvo el título que lo acredita como graduado de ese nivel?</p> <p>1. Si, se graduó/título 2. No, pasante 3. No terminó/no ha terminado el total de los cursos 8. NS</p>	<p>1 2 3 8</p> <p>→ AG33</p>	<p>AG35. ¿Cuánto tiempo ha estado usted/el director a cargo de esta unidad?</p> <p>1. Tiempo en Años/Meses/Semanas 8. NS</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Semanas 8.</p>
<p>AG30. ¿Usted / el director estudia o estudió además alguna carrera técnica o comercial?</p>	<p>Si..... 1 No..... 3 NS..... 8</p> <p>→ AG33</p>	<p>AG36. ¿Cuánto tiempo ha trabajado usted/el director en esta unidad, sin contar el tiempo que ha sido director?</p> <p>1. Tiempo en Años/Meses/Semanas 8. NS</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Semanas 8.</p>
<p>AG31. ¿Cuántos años pasó (aprobó) / ha pasado en esta carrera?</p> <p>1. Menos de un año 2. Años que aprobó o pasó 8. NS</p>	<p>1 2 <input type="checkbox"/> Años 8</p>	<p>AG37. Antes de estar encargado de esta unidad, ¿usted/el director estuvo encargado de otra unidad de salud?</p> <p>1. Si..... 1 No..... 3 NS..... 8</p> <p>→ AG39</p>
<p>AG32. Para entrar a esta carrera, ¿qué estudios le pidieron?</p> <p>1. Ninguno 2. Primaria terminada 3. Secundaria terminada 4. Preparatoria terminada 5. Otro (especificar) 8. NS</p>	<p>1 2 3 4 5 8</p>	<p>AG38. ¿Cuánto tiempo fue director/encargado de otras unidades de salud?</p> <p>1. Tiempo en Años/Meses/Semanas 8. NS</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Semanas 8.</p>
<p>AG39. ¿Cuántas horas trabajó usted/el director en esta unidad, la semana pasada?</p> <p>1. Horas/Semana 8. NS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Horas/Semana 8.</p>	<p>AG39. ¿Cuántas horas trabajó usted/el director regularmente en esta unidad?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Horas/Semana 8.</p>
<p>AG40. ¿Cuántas horas trabaja usted/el director en esta unidad?</p> <p>1. Horas/Semana 8. NS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Horas/Semana 8.</p>	<p>AG40. ¿Cuántas horas trabaja usted/el director regularmente en esta unidad?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Horas/Semana 8.</p>

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

<p>AG41. En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas trabajó usted / el director en esta unidad?</p> <p>1. Semanas/año 2. Meses/año 8. NS</p>	<p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses</p>
<p>AG42. En general, ¿usted/el director revisa a los pacientes de esta unidad?</p>	<p>Si.....1 → AG44 No.....3 → AG44 NS.....8 → AG44</p>
<p>AG43. En el último mes, ¿cuántos pacientes examinó usted/el director?</p> <p>1. Pacientes al mes 2. Pacientes a la semana 8. NS</p>	<p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pacientes al mes 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pacientes a la semana 8. _____</p>
<p>AG44. ¿Cual fue el salario de usted/el director el mes pasado?</p> <p>1. Total</p> <p>2. Desglosado: a. Sueldos o salarios b. Comida c. Transporte d. Otro (especificar) 8. NS</p>	<p>1. Total 1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. _____</p> <p>2. Desglosado a. 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. _____ b. 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. _____ c. 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. _____ d. 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. _____</p>
<p>AG45. ¿Cual fue el salario total de usted/el director en los últimos 12 meses?</p> <p>1. Total</p> <p>2. Desglosado: A. Sueldos o salarios B. Comida C. Transporte D. Otro (especificar) 8. NS</p>	<p>1. Total 1. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. _____</p> <p>2. Desglosado a. 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. _____ b. 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. _____ c. 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. _____ d. 2. \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. _____</p>
<p>AG46. Además de ser director de esta unidad, ¿tiene usted/el director algún otro empleo?</p>	<p>Si.....1 → AG53 No.....3 → AG53 NS.....8 → AG53</p>
<p>AG47. ¿Qué categoría describe mejor su empleo secundario?</p> <p>(LEER OPCIONES)</p> <p>1. Trabajador familiar sin retribución en un negocio propiedad del hogar 2. Obrero o empleado no agropecuario 3. Jornalero rural o peón de campo (empleado agropecuario) 4. Patron, empleador o propietario de un negocio 5. Trabajador por cuenta propia (con o sin trabajador no retribuido) 6. Trabajador sin retribución de un negocio o empresa que no es propiedad del hogar 7. Otro (especificar) 8. NS</p>	<p>1 2 3 → AG49 4 5 6 7 8</p>
<p>AG48. ¿Es este trabajo relacionado con salud?</p> <p>1. Si 3. No 8. NS</p>	<p>1 3 8</p>

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

<p>AG49. ¿Cuántas horas trabajó usted/el director la semana pasada en su empleo secundario? 1. Horas/semana 8. NS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas/Semana 8.</p>
<p>AG50. ¿Cuántas horas trabaja regularmente a la semana usted/el director en su empleo secundario? 1. Horas/semana 8. NS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas/Semana 8.</p>
<p>AG51. En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas trabajó usted/el director en su empleo secundario? 1. Semanas/año 2. Meses/año 8. NS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semanas 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses 8.</p>
<p>AG52. En los últimos 12 meses, ¿cuál fue su salario, ingresos o ganancias mensuales en su empleo secundario? 1. Salario/ingresos/ganancias mensuales 2. Salario/ingresos/ganancias anuales 8. NS</p>	<p>1. \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mensuales 2. \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anuales 8.</p>

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

Ahora le voy a preguntar acerca de algunos aspectos de la unidad de salud.

<p>AG63. Esta unidad de salud cuenta con: (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <p>01. Sala / área de espera 02. Sala / área de revisión médica 03. Sala / área especial para servicios de planificación familiar 04. Sala / área especial para servicios de salud materno-infantil 05. Sala / área de recuperación 06. Sala / área de expulsión 07. Laboratorio de patología 08. Sala / área especial para rayos X 09. Sala / área de urgencias 10. Sala / área de estomatología (servicios de salud dental) 11. Quirófano 12. Unidad móvil 13. Banco de sangre 14. Guardería</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14</p>	<p>AG60. ¿Se ofrecen servicios especializados en esta unidad? Si.....1 No.....3 → AG62</p> <p>AG61. ¿Ofrece esta unidad servicios especializados de (...)? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <p>01. Medicina familiar 02. Pediatría 03. Ginecoobstetricia 04. Cirugía 05. Medicina interna 06. Dermatología 07. Ortopedia 08. Odontología 09. Oftalmología 10. Nutrición/Nutritología 11. Cardiología 12. Endocrinología 13. Urología 14. Otro (especificar) 15. Otro (especificar) 16. Otro (especificar)</p> <p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16</p>
<p>AG54. ENTREVISTADOR: VERIFICAR EN LA PREGUNTA RS02 SI LA UNIDAD CUENTA CON LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS</p>	<p>Si.....1 → AG56 No.....3</p>	<p>AG62. En su opinión, ¿cuáles son los tres problemas principales que actualmente enfrenta esta unidad para lograr un buen funcionamiento? 1. _____ 2. _____ 3. _____</p>
<p>AG55. ¿A donde se refiere a los pacientes que soliciten alguna prueba de laboratorio? 1. Especificar 3. Mismo Loc/Mpio/Edo 8. NS 9. NA</p>	<p>1. Nombre _____ 8. NS 2. _____ 1. Localidad/Col. _____ 3. Mismo _____ 8. NS 2. _____ 1. Municipio/Deleg. _____ 3. Mismo _____ 8. NS 1. Estado _____ 3. Mismo _____ 8. NS 9. NA</p>	<p>AG63. En su opinión, ¿cuáles son los tres problemas principales que enfrentaba o ha enfrentado esta unidad en los últimos 5 años? 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. Mismos que ahora 8. NS 9. No existía esta unidad</p>
<p>AG56. ¿Cuenta esta unidad con ambulancias para uso propio? AG57. ¿Con cuántas ambulancias en servicio cuenta la unidad para uso propio? 1. Ambulancias en servicio 8. NS</p>	<p>Si.....1 → AG58 No.....3</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Ambulancias en servicio 8. NS</p>	
<p>AG58. ¿Cuenta esta unidad con el servicio de hospitalización? AG59. ¿Con cuántas camas censables y no censables cuenta la unidad? 1. Camas censables 2. Camas no censables 8. NS</p>	<p>Si.....1 → AG60 No.....3</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Camas censables 2. <input type="checkbox"/> Camas no censables 8. NS</p>	

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

AG64. ¿Cuál es el número de (...) que se atendieron en el último mes?

1. Derechohabientes	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	8. NS	9. NA
2. Personas (no derechohabientes)	2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	8. NS	9. NA

AG65. ENTREVISTADOR: LLENAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO CON LOS CÓDIGOS:
99,999 «NO APLICA»
99,998 «NO SABE»
99,997 «NO RESPONDIÓ»

Las siguientes preguntas son acerca de las personas que reciben algún servicio en esta unidad. Quisiera preguntarle por el número de casos atendidos en el último mes y en los últimos 6 meses por diferentes servicios.

(AG66 Tipo)	AG66	AG67
CASOS	¿Cuál es el número de (...) que hubo el mes pasado? (ANOTAR EL MES DE REFERENCIA) Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SIGA HACIA ABAJO ↓	¿Cuál es el número de (...) que hubo en los últimos 6 meses? (ANOTAR EL PERIODO DE REFERENCIA) Del mes <input type="text"/> <input type="text"/> al mes <input type="text"/> <input type="text"/>
A. Consultas externas totales	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación
B. Casos por enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años (EDAS)	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación
C. Casos por enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación
D. Casos por desnutrición severa	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación
E. Casos por desnutrición infantil severa	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación
F. Casos por obesidad y sobrepeso	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación
G. Casos por infecciones del aparato respiratorio	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación
H. Casos por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años (IRAS)	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Estimación

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

(AG66 Tipo)	AG66	AG67
CASOS	¿Cuál es el número de (...) que hubo el mes pasado? (ANOTAR EL MES DE REFERENCIA) SIGA HACIA ABAJO ↑ Mes <input type="text"/>	¿Cuál es el número de (...) que hubo en los últimos 6 meses? (ANOTAR EL PERÍODO DE REFERENCIA) Del mes <input type="text"/> al mes <input type="text"/>
I. Casos por cáncer cervicouterino	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación
J. Casos por otros cánceres	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación
K. Casos de Tuberculosis Pulmonar	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación
L. Casos de enfermedades transmitidas por vector (Dengue clásico hemorrágico/paludismo)	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación
M. Casos de Zoonosis (Brucelosis, Parasitosis, Cisticercosis, Triquinosis, Teniasis y Rabia)	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación
N. Casos de Diabetes Mellitus	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación
O. Casos de Hipertensión Arterial	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación
P. Casos por enfermedades cerebrovasculares	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación
Q. Casos de VIH, SIDA	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación
R. Otras enfermedades de transmisión sexual	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación
S. Hospitalizados	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Documento 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Estimación

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

AG68. ENTREVISTADOR: LLENAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO CON LOS CÓDIGOS :
 99,999 «NO APLICA»
 99,998 «NO SABE»
 99,997 «NO RESPONDÍ»

Las siguientes preguntas son acerca de los principales problemas sociales que enfrenta esta localidad.

(AG69 Tipo)	AG69 ¿Cuántos casos se presentaron el mes pasado de (...)? (ANOTAR EL MES DE REFERENCIA) SIGA HACIA ABAJO ↑ Mes <input type="text"/>	AG70 ¿Qué tan importante considera que es el problema de (...) en esta localidad?	AG71 Comparado con hace 5 años, el problema de (...) ¿ha aumentado, disminuido o se ha mantenido igual?	AG72 ¿Qué medidas ha tomado esta unidad para resolver este cambio?
A. Alcoholismo	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Documento 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estimación	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS ↑ ↓ ↑ ↓ ↑ ↓	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. Ninguna
B. Drogadicción o adicción a fármacos	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Documento 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estimación	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS ↑ ↓ ↑ ↓ ↑ ↓	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. Ninguna
C. Tabaquismo	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Documento 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estimación	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS ↑ ↓ ↑ ↓ ↑ ↓	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. Ninguna
D. Violencia intrafamiliar o doméstica	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Documento 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estimación	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS ↑ ↓ ↑ ↓ ↑ ↓	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. Ninguna
E. Lesiones autoinfligidas	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Documento 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estimación	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS ↑ ↓ ↑ ↓ ↑ ↓	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. Ninguna
F. Delincuencia (asaltos, ristas callejeras, robos)	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Documento 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estimación	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS ↑ ↓ ↑ ↓ ↑ ↓	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. Ninguna
G. Otro tipo de lesiones por accidentes no identificados	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Documento 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estimación	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante 4. No importante 8. NS	1. Ha aumentado 2. No ha cambiado 3. Ha disminuido 8. NS ↑ ↓ ↑ ↓ ↑ ↓	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. Ninguna

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

Las siguientes preguntas son acerca de los programas en que participa la unidad de salud.

<p>AG73. ¿Participa la unidad en el programa PROGRESA?</p>	<p>Si.....1 No.....3 → AG79</p>	<p>AG79. ¿Trabajan parteras en esta localidad?</p>	<p>Si.....1 No.....3 → AG83 NS.....8 → AG83</p>
<p>AG74. ¿Desde qué mes y año participa en este programa?</p>	<p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes Año 8.</p>	<p>AG80. ¿Cuántas parteras (...) trabajan en esta localidad?</p>	<p>1. Desglóse A. <input type="text"/> Activas 8. B. <input type="text"/> Capacitadas 8. C. <input type="text"/> Informando 8. 2. Total A. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8.</p>
<p>AG75. ¿Con qué periodicidad tienen las pláticas de salud de PROGRESA?</p>	<p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. NS 9. NA</p>	<p>AG81. ¿La unidad le da algún tipo de apoyo a las parteras de esta localidad?</p>	<p>Si.....1 No.....3 → AG83</p>
<p>AG76. En los últimos 2 meses, ¿cuántos suplementos alimenticios se repartieron a la población que tiene PROGRESA?</p>	<p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. NS 9. NA</p>	<p>AG82. ¿Qué apoyo le da la unidad a las parteras de la localidad? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11</p>
<p>AG77. En los últimos 12 meses, ¿con qué periodicidad llegaron los suplementos alimenticios a esta unidad?</p>	<p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 8. NS 9. NA</p>	<p>01. Capacitación 02. Instrumental 03. Material de curación 04. Sobres hidratantes 05. Anticonceptivos 06. Vitamina A 07. Acido fólico 08. Tabletas de hierro 09. Antibarbitaricos 10. Otros medicamentos (especificar) 11. Otro (especificar)</p>	<p>1 2 3</p>
<p>AG78. En los últimos 12 meses, ¿ha contado esta unidad con suficientes suplementos para todos los beneficiarios de PROGRESA?</p>	<p>1. Si, siempre 2. La mayoría de la veces 3. Nunca</p>		<p>1 2 3</p>

ASPECTOS GENERALES DE LA UNIDAD (SECCIÓN AG)

<p>AG83. ¿Se caracteriza, la población de esta localidad, por hablar alguna lengua indígena?</p>	<p>Si.....1 No.....3 → AG86 NS.....8 → AG86</p>
<p>AG84. ¿Había el personal de esta unidad la lengua indígena?</p>	<p>Si.....1 No.....3 → AG86 NS.....8 → AG86</p>
<p>AG85. ¿Qué tipo de empleo tiene el personal que habla la lengua indígena? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. Personal de salud 2. Personal administrativo 3. Personal de intendencia y mantenimiento 4. Otro (especificar)</p>	<p>1 2 3 4 _____</p>
<p>AG86. En los últimos 12 meses, ¿ha habido algún desastre natural en esta localidad?</p>	<p>Si.....1 No.....3 → AG88</p>
<p>AG87. ¿Qué tipo de desastre es el que se presentó? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 01. Sequía 02. Inundación 03. Terremoto / Temblor 04. Helada 05. Incendio 06. Huracán 07. Derrumbe 08. Plaga 09. Granizada 10. Otro (especificar)</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 _____</p>
<p>AG88. En los últimos 12 meses, ¿ha habido algún brote epidémico en esta localidad?</p>	<p>Si.....1 No.....3 → SECCIÓN NE1</p>
<p>AG89. ¿Qué tipo de brote epidémico fue el que se presentó en los últimos 12 meses? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. Paludismo 2. Dengue 3. Cólera 4. Fiebre tifoidea 5. Tuberculosis 6. Influenza / gripa 7. Hepatitis A 8. VIH / SIDA 9. Varicela 10. Otro (especificar)</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____</p>

NOTAS DE LAS SESIONES DE ENTREVISTA (SECCIÓN NE1)

LLENE ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE COMPLETAR LA SECCIÓN «AG» DEL LIBRO.

NE101. ¿QUIÉN MÁS ESTUVO PRESENTE DURANTE LA ENTREVISTA (ADEMÁS DEL QUE RESPONDIÓ)? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- A. PERSONAL DE SALUD
- B. PERSONAL ADMINISTRATIVO
- C. PACIENTE (S)
- D. OTRO (ESPECIFICAR) _____

NE102. ¿CUÁL ES SU EVALUACIÓN DE LA EXACTITUD DE LAS RESPUESTAS DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE103. ¿CUÁL ES SU EVALUACIÓN DE LA SERIEDAD Y LA ATENCIÓN DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE104. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS AL ENCUESTADO?

NE105. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS A USTED?

NE106. ¿EN QUÉ PREGUNTAS NOTÓ AL ENCUESTADO INTERESADO?

NE107. NOTAS:

PERSONAL Y SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA UNIDAD (SECCIÓN PS)

PS01. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE RS03 Y ANOTE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE RESPONDERÁ ESTA SECCIÓN. SI NO SE ENCUENTRA, PUEDE SER SUSTITUIDA

1. Nombre del director o quien responde: _____

2. Puesto: _____

3. Mismo encuestado

PS02. ENTREVISTADOR: LLENAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS POR FILA.

Le voy a hacer algunas preguntas acerca del personal que labora en esta unidad de salud.

(PS Tipo) EMPLEADO	PS03 ¿Cuántos (...) trabajan tiempo completo?	PS04 ¿Cuántos (...) trabajan medio tiempo?
A. Médicos generales	Empleados	Empleados
B. Médicos pasantes	Empleados	Empleados
C. Médicos especialistas	Empleados	Empleados
D. Médicos residentes	Empleados	Empleados
E. Odontólogos	Empleados	Empleados
F. Pasantes de odontología	Empleados	Empleados
G. Enfermeras generales y especializadas	Empleados	Empleados
H. Pasantes de enfermería	Empleados	Empleados
I. Auxiliares de enfermería	Empleados	Empleados
J. TAPS (Técnico en atención primaria a la salud) / SAPS	Empleados	Empleados
K. Trabajadoras sociales	Empleados	Empleados

(PS Tipo) EMPLEADO	PS03 ¿Cuántos (...) trabajan tiempo completo?	PS04 ¿Cuántos (...) trabajan medio tiempo?
L. Promotores de salud	Empleados	Empleados
M. Técnicos en rayos X	Empleados	Empleados
N. Técnicos en laboratorio	Empleados	Empleados
O. Citotécnicos	Empleados	Empleados
P. Químicos	Empleados	Empleados
Q. Psicólogos	Empleados	Empleados
R. Personal administrativo	Empleados	Empleados
S. Personal de intendencia y mantenimiento	Empleados	Empleados
T. Otro personal	Empleados	Empleados

PERSONAL Y SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA UNIDAD (SECCIÓN PS)

Las siguientes preguntas son acerca de las instalaciones de esta unidad de salud.

PS05. ENTREVISTADOR: ¿CUENTA ESTA UNIDAD CON ELECTRICIDAD?	SI.....1 NO.....3 → PS09
PS06. ¿Cuenta esta unidad con generador o planta propia de electricidad?	SI.....1 → PS09 No.....3
PS07. ¿Se va la luz con frecuencia en esta unidad?	SI.....1 No.....3 → PS09
PS08. ¿Con qué frecuencia se fue la luz en la unidad en los últimos 12 meses? 1. Veces a la semana 2. Veces al mes 3. Veces al año 8. NS	1. <input type="checkbox"/> Veces a la semana 2. <input type="checkbox"/> Veces al mes 3. <input type="checkbox"/> Veces al año 8. _____
PS09. Mencione la fuente principal de agua con que cuenta esta unidad: (LEER OPCIONES) 1. Agua entubada directamente a la unidad 2. Agua por pipa 3. Agua por acarreo 4. Otro (especificar)	1 _____ → PS11 2 _____ → PS11 3 _____ 4 _____
PS10. ¿A qué distancia se encuentra la fuente principal de agua de la unidad de salud? 1. Distancia en Kilómetros / Metros 8. NS	1. <input type="text"/> Kms <input type="text"/> Mts 8. _____
PS11. En el último mes, ¿cuántos días se ha quedado sin el servicio de agua? 1. Días 3. Nunca	1. <input type="text"/> Días 3. _____
PS12. ¿Cuáles son las instalaciones de sanitario con que cuenta esta unidad? 1. Excusado 2. Letrina o retrete 3. Hoyo negro o pozo ciego 4. No dispone de servicio sanitario	1 _____ → PS14 2 _____ → PS14 3 _____ → PS14 4 _____ → PS14

PS13. ¿Con cuántos (...) cuenta la unidad? (LEER OPCIONES) 1. Sanitarios para hombres 2. Sanitarios para mujeres 3. Sanitarios mixtos	1. <input type="checkbox"/> Sanitarios para hombres 2. <input type="checkbox"/> Sanitarios para mujeres 3. <input type="checkbox"/> Sanitarios mixtos
PS14. ¿Cuál es el destino del desagüe de esta unidad? (LEER OPCIONES) 1. Drenaje público o entubado 2. Fosa séptica 3. Desagüe en descubierta a la calle 4. Terreno o jardín 5. Río-canal 6. Otro (especificar)	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____
PS15. ¿Separa y elimina esta unidad la basura biológico-infecciosa del resto de la basura?	SI.....1 No.....3 → PS17
PS16. ¿Cómo elimina la basura biológico-infecciosa? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 01. Servicio especializado en recolección de desechos biológicos 02. Servicio de recolección público 03. Servicio de recolección privado 04. La tira en el basurero público 05. La tira en el río, terreno baldío, barrancas, etc 06. La quema en el interior de la unidad 07. La quema en el exterior de la unidad 08. La enterra dentro de la unidad 09. La enterra fuera de la unidad 10. La tira en el drenaje 11. Se trasladada a otra unidad de salud 12. Otro (especificar)	01 _____ 02 _____ 03 _____ 04 _____ 05 _____ 06 _____ 07 _____ 08 _____ 09 _____ 10 _____ 11 _____ 12 _____

PERSONAL Y SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA UNIDAD (SECCIÓN PS)

<p>PS17.</p> <p>¿Cuál es el sistema de eliminación de la basura, no biológico-inteicosa?</p> <p>(CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <p>01. Servicio de recolección público 02. La tira en el basurero público 03. La tira en el río, terreno baldío, barrancas, etc 04. La quema en el interior de la unidad 05. La quema en el exterior de la unidad 06. La enterra dentro de la unidad 07. La enterra fuera de la unidad 08. La tira en el drenaje 09. Servicio especializado 10. Otro (especificar)</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10</p>
<p>PS18.</p> <p>¿Tiene la unidad un programa de fumigación de la fauna nociva?</p> <p>1. Si 3. No 8. NS</p>	<p>1 3 8</p> <p>→ SECCIÓN NE2 → SECCIÓN NE2</p>
<p>PS19.</p> <p>¿Cada cuándo se fumiga la fauna nociva en esta unidad?</p> <p>1. Veces por semana 2. Veces por mes 3. Veces por año 8. NS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Veces por semana 2. <input type="checkbox"/> Veces por mes 3. <input type="checkbox"/> Veces por año 8.</p>

NOTAS DE LAS SESIONES DE ENTREVISTA (SECCIÓN NE2)

LLENE ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE COMPLETAR LA SECCIÓN «PS.» DEL LIBRO.

NE201. ¿QUIÉN MÁS ESTUVO PRESENTE DURANTE LA ENTREVISTA (ADEMÁS DEL QUE RESPONDIÓ)?
(CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- A. PERSONAL DE SALUD
- B. PERSONAL ADMINISTRATIVO
- C. PACIENTE(S)
- D. OTRO (ESPECIFICAR) _____

NE204. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS AL ENCUESTADO?

NE202. ¿CUAL ES SU EVALUACIÓN DE LA EXACTITUD DE LAS RESPUESTAS DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE205. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS A USTED?

NE203. ¿CUAL ES SU EVALUACIÓN DE LA SERIEDAD Y LA ATENCIÓN DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE206. ¿EN QUÉ PREGUNTAS NOTÓ AL ENCUESTADO INTERESADO?

NE207. NOTAS:

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

SER01. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE RS03 Y ANOTE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE RESPONDERÁ ESTA SECCIÓN. SI NO SE ENCUENTRA, PODRÁ SER SUSTITUIDA.

1. Nombre del director o quien responde: _____ 2. Puesto: _____ 3. Mismo encuestado

SER02. ¿Cuál es el horario de atención al público en esta unidad?

A.	Lunes	1. De	:	:	hrs. a	:	:	hrs. y	de	:	:	hrs. a	:	:	3. 24 hrs.	4. No abre	9. Mismo
B.	Martes	1. De	:	:	hrs. a	:	:	hrs. y	de	:	:	hrs. a	:	:	3. 24 hrs.	4. No abre	9. Mismo
C.	Miércoles	1. De	:	:	hrs. a	:	:	hrs. y	de	:	:	hrs. a	:	:	3. 24 hrs.	4. No abre	9. Mismo
D.	Jueves	1. De	:	:	hrs. a	:	:	hrs. y	de	:	:	hrs. a	:	:	3. 24 hrs.	4. No abre	9. Mismo
E.	Viernes	1. De	:	:	hrs. a	:	:	hrs. y	de	:	:	hrs. a	:	:	3. 24 hrs.	4. No abre	9. Mismo
F.	Sábado	1. De	:	:	hrs. a	:	:	hrs. y	de	:	:	hrs. a	:	:	3. 24 hrs.	4. No abre	9. Mismo
G.	Domingo	1. De	:	:	hrs. a	:	:	hrs. y	de	:	:	hrs. a	:	:	3. 24 hrs.	4. No abre	9. Mismo

Las siguientes preguntas son acerca de los servicios que se ofrecen en esta unidad de salud.

(SER04 Tipo)	SER04	SER05
	¿Se ofrece el servicio de (...)? SIGA HACIA ABAJO ↓	¿Cuál es el precio máximo y mínimo que se cobra por (...)? (EN OPCIÓN 1, LLENAR TANTO PRECIO MÁXIMO COMO MÍNIMO)
A.	Consulta externa general 1. Si ↗ 3. No ↘	1. \$ [] , [] , [] precio máximo 2. \$ [] , [] , [] precio mínimo 3. Gratuito precio único 8. NS
B.	Consulta a domicilio 1. Si ↗ 3. No ↘	1. \$ [] , [] , [] precio máximo 2. \$ [] , [] , [] precio mínimo 3. Gratuito precio único 8. NS
C.	Consulta por sutura de heridas y manejo de lesiones 1. Si ↗ 3. No ↘	1. \$ [] , [] , [] precio máximo 2. \$ [] , [] , [] precio mínimo 3. Gratuito precio único 8. NS
D.	Consulta por Zoonosis (Brucelosis, Paratuberculosis, Cisticercosis, Triquinosis, Taeniosis y rabia) 1. Si ↗ 3. No ↘	1. \$ [] , [] , [] precio máximo 2. \$ [] , [] , [] precio mínimo 3. Gratuito precio único 8. NS

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

(SER04 Tipo) SERVICIOS	SER04 ¿Se ofrece el servicio de (...)? SIGA HACIA ABAJO ↓	SER05 ¿Cuál es el precio máximo y mínimo que se cobra por (...)? (EN OPCIÓN 1, LLENAR TANTO PRECIO MÁXIMO COMO MÍNIMO)
E. Consulta por vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> ↕	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito 8. NS
F. Consulta por el manejo de casos de diarrea	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> ↕	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito 8. NS
G. Consulta por el manejo de infecciones respiratorias agudas	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> ↕	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito 8. NS
H. Consulta por Tuberculosis Pulmonar	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> ↕	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito 8. NS
I. Consulta por Hipertensión Arterial	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> ↕	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito 8. NS
J. Consulta por Diabetes Mellitus	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> ↕	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito 8. NS
K. Prueba de embarazo	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> ↕	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito 8. NS
L. Consulta por atención prenatal	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> ↕	1. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio máximo \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio mínimo 2. \$ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> precio único 3. Gratuito 8. NS

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

(SER04 Tipo)	SER04	SER05
SERVICIOS	?Se ofrece el servicio de (...)? SIGA HACIA ABAJO ↓	?Cuál es el precio máximo y mínimo que se cobra por (...)? (EN OPCIÓN 1, LLENAR TANTO PRECIO MÁXIMO COMO MÍNIMO)
M. Atención al parto	1. Si ↓ 3. No → RENGLOÑO	1. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio máximo 2. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio mínimo 3. Gratuito 8. NS
a. Parto normal	1. Si → 3. No ↗	1. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio máximo 2. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio mínimo 3. Gratuito 8. NS
b. Cesárea	1. Si → 3. No ↗	1. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio máximo 2. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio mínimo 3. Gratuito 8. NS
N. Raquianestesia	1. Si → 3. No ↗	1. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio máximo 2. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio mínimo 3. Gratuito 8. NS
O. Ultrasonido	1. Si → 3. No ↗	1. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio máximo 2. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio mínimo 3. Gratuito 8. NS
P. Examen dental	1. Si → 3. No ↗	1. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio máximo 2. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio mínimo 3. Gratuito 8. NS
Q. Rayos X	1. Si 3. No SER05A	1. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio máximo 2. \$ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ precio mínimo 3. Gratuito 8. NS

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

Las siguientes preguntas son acerca de los servicios de salud preventiva.

SER06.	¿Se realizan papanicolaos en esta unidad?	Si.....1 No.....3	1 3	→ SER08
SER07.	En los últimos 6 meses, ¿esta unidad ha contado con el instrumental, material y equipo necesario para realizar los papanicolaos?	Si.....1 No.....3	1 3	
SER08.	¿Se realizan inmunizaciones/vacunas en esta unidad?	Si.....1 No.....3	1 3	→ SER24
SER09.	¿Dónde se encuentran guardadas las vacunas? 1.Refrigerador / caja especial para vacunas 2.Refrigerador de uso doméstico 3.Refrigerador no eléctrico 4.No existe lugar disponible para vacunas 5.Otro (especificar)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	SER12
SER10.	¿Se cuenta con termómetro para llevar el control adecuado de la temperatura de las vacunas?	Si.....1 No.....3	1 3	→ SER12
SER11.	¿Cuál es la temperatura registrada la última vez, a la que se encuentran guardadas las vacunas? 1. Termómetro especial a) Grados centígrados 2. Termómetro normal b) Grados centígrados 8. NS	1. Termómetro especial a) <input type="text"/> . <input type="text"/> ° C 2. Termómetro normal b) <input type="text"/> . <input type="text"/> ° C 8.	1 a) 2 b)	
SER12.	En los últimos 6 meses, ¿cuántas semanas no hubo agujas para vacunas? 1. Semanas 2. Siempre ha habido 8. NS	1. <input type="text"/> Semanas 2. 8.	1 2	
SER13.	Actualmente, ¿esta unidad cuenta con el material, instrumental y equipo necesario para que se realice el servicio de vacunación? 1. Si 3. No	1 3	1 3	
SER14.	En los últimos 6 meses, ¿esta unidad ha contado con material, instrumental y equipo necesario para que se realice el servicio de vacunación? (LEER OPCIONES) 1. Si, siempre 2. La mayoría de las veces 3. Casi nunca 4. Nunca	1 2 3 4	1 2 3 4	

(SER15 Tipo)	SER15	SER16
VACUNA	¿Se aplica regularmente la vacuna (...) en esta unidad? SIGA HACIA ABAJO	¿Cuál es el precio que se cobra por una aplicación de la vacuna (...)? ↑
A. BCG / Tuberculosis	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> 8. NS <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> Por aplicación 2. Gratuito
B. SABIN/ Poliomielitis	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> 8. NS <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> Por aplicación 2. Gratuito
C. Pentavalente/Quintuple (Difteria, Tostferina, Tétanos Hepatitis B, <i>Haemophilus Influenzae</i>)	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> 8. NS <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> Por aplicación 2. Gratuito
D. Hepatitis B	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> 8. NS <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> Por aplicación 2. Gratuito
E. DPT (Difteria, Tostferina, Tétanos)	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> 8. NS <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> Por aplicación 2. Gratuito
F. Triple viral (Rubedia, Sarampión y Parotiditis)	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> 8. NS <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> Por aplicación 2. Gratuito
G. Doble viral (Sarampión, Rubedia)	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> 8. NS <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> Por aplicación 2. Gratuito
H. Td (Tétanos y Difteria)	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/> 8. NS <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="text"/> Por aplicación 2. Gratuito

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

(SER15 Tipo)	SER15	SER16
VACUNA	¿Se aplica regularmente la vacuna (...) en esta unidad? SIGA HACIA ABAJO	¿Cuál es el precio que se cobra por una aplicación de la vacuna (...)?
I. Antisueros	1. SI 3. NO 8. NS ↓ ↑	1. \$ Por aplicación 2. Gratuito
J. Antirrábica humana	1. SI 3. NO 8. NS ↓ ↑	1. \$ Por aplicación 2. Gratuito

SER17. En esta unidad, ¿se aplican otras vacunas diferentes a las mencionadas? 1. SI 3. NO	1 3
SER18. En los últimos 6 meses, ¿ha faltado por más de una semana alguna de las vacunas que le he señalado? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 01. BCG / Tuberculosis 02. SABIN / Poliomielitis 03. Pentavalente / Quíntuple 04. Hepatitis B 05. DPT 06. Triple viral 07. Doble viral 08. Td (tetanos y difteria) 09. Antisueros 10. Antirrábica humana 11. Antineumocócica 12. Otro (especificar) 13. Otro (especificar)	Sl.....1 No.....3 → AG20
SER19. ¿Cuáles vacunas han faltado por más de una semana en los últimos 6 meses? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13

SER20. ¿Compra esta unidad de salud las vacunas o las recibe de alguna institución? (LEER OPCIONES) 1. Las compra 2. Las compra y las recibe en especie 3. Las recibe en especie	1 → SER24 2 3
SER21. ¿Quién financia o dona la vacunas? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 01. SSA (Secretaría de Salud) 02. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 03. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 04. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz roja 07. SEDENA/SEMAR (Secretaría de la Defensa Nacional / Secretaría de Marina) 08. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 09. Compra propia de la unidad 10. Donativos 11. Otro (especificar)	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11

SER22. ENTREVISTADOR: ¿HAY MÁS DE UNA RESPUESTA EN SER21? SI.....1 → SER23 NO.....3 → SER24	
SER23. Por favor, señale en orden de importancia quiénes financian o donan las vacunas que se utilizan en esta unidad (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 01. SSA (Secretaría de Salud) 02. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 03. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 04. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz roja 07. SEDENA/SEMAR (Secretaría de la Defensa Nacional / Secretaría de Marina) 08. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 09. Compra propia de la unidad 10. Donativos 11. Otro (especificar)	(SEÑALE LOS MÁS REPRESENTATIVOS EN ORDEN DE IMPORTANCIA) 01. <input type="checkbox"/> SSA 02. <input type="checkbox"/> IMSS 03. <input type="checkbox"/> ISSSTE 04. <input type="checkbox"/> DIF 05. <input type="checkbox"/> Servicios estatales, municipales o univ. 06. <input type="checkbox"/> Cruz roja 07. <input type="checkbox"/> SEDENA/SEMAR 08. <input type="checkbox"/> PEMEX 09. <input type="checkbox"/> Compra propia de la unidad 10. <input type="checkbox"/> Donativos 11. <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

SER24. ¿Se ofrece orientación o servicios de planificación familiar en esta unidad de salud?	Si.....1 No.....3 → SER35
SER25. ¿Qué servicios de planificación familiar se ofrecen? (LEER OPCIONES) 1. Sólo orientación sobre planificación familiar 2. Tanto orientación como servicios de planificación 3. Sólo servicios de planificación familiar	1 2 3
SER26. En esta unidad, ¿cuántas personas ofrecen servicios de planificación familiar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Personas
SER27. ¿Cuántos son (...)? 1. Médicos (incluya generales, especialistas, pasantes y residentes) 2. Enfermeras (incluya generales, especializadas y auxiliares) 3. Promotores de salud 4. Otro (especificar)	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médicos 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermeras 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Promotores 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SER28. ENTREVISTADOR: ¿LA RESPUESTA EN SER25 ES «1»? Si.....1 → SER33 No.....3 → SER29	

(SER29 Tipo)	SER29 ¿En esta unidad se ofrecen (...)?	SER30 ¿Cuál es el precio que se cobra por (...)? (PRESENTACIÓN MÁS VENDIDA O REGALADA) (ESPECIFIQUE LA PRESENTACIÓN)	PRESENTACIÓN
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	SIGA HACIA ABAJO ↓	PRECIO	
A. Anticonceptivos orales	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Gratuito 8. NS	a. Caja con 21 pastillas b. Caja con 28 pastillas c. Otra (especificar) _____
B. Anticonceptivos inyectables	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Gratuito 8. NS	a. Mensual b. Trimestral c. Otra (especificar) _____
C. Preservativos/condones	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Gratuito 8. NS	a. Caja de 3 b. Caja de 9 c. Otra (especificar) _____
D. Implante subdérmico (Norplant o Implanon)	1. Si <input type="checkbox"/> 3. No <input type="checkbox"/>	1. \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Gratuito 8. NS	a. 5 años b. 3 años c. Otra (especificar) _____

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

(SER29 Tipo)		SER29	SER30
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		¿En esta unidad se ofrecen (...)? SIGA HACIA ABAJO ↓	¿Cuál es el precio que se cobra por (...)? (PRESENTACIÓN MÁS VENDIDA O REGALADA) (ESPECIFIQUE LA PRESENTACIÓN)
E	DIU plástico/espiral o T de cobre	1. Si ↗ 3. No ↘	PRECIO 1. \$ 2. Gratuito 8. NS PRESENTACIÓN a. Aplicación
F	Ligadura de trompas de falopio/ esterilización femenina	1. Si ↗ 3. No ↘	1. \$ Promedio 2. Gratuito 8. NS a. Intervención
G	Vasectomía/esterilización masculina	1. Si ↗ 3. No ↘	1. \$ Promedio 2. Gratuito 8. NS a. Intervención

SER31.	En esta unidad, ¿ha fallado algún tipo de anticonceptivos por por más de una semana en los últimos 6 meses?	Si1 No.....3 → SER33
SER32.	¿Qué anticonceptivos han fallado por más de una semana en los últimos 6 meses? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. Anticonceptivos orales 2. DIU plástico/espiral/T de cobre 3. Anticonceptivos inyectables 4. Implante subdérmico (Norplant/Implanon) 5. Preservativos 6. Otro (especificar)	11 22 33 44 55 66
SER33.	Si un paciente necesita algún anticonceptivo que no sea ofrecido en esta unidad, ¿es canalizado o referido a otro lugar?	Si.....1 No.....3 → SER35
SER34.	¿Cuáles son los métodos anticonceptivos por los que generalmente son referidos los pacientes? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 1. Anticonceptivos hormonales (orales/inyectables/subdérmico) 2. DIU plástico/espiral/ T de cobre 3. Preservativos/condones 4. Esterilización femenina (salpingoclastia) 5. Esterilización masculina (vasectomía) 6. Otro (especificar)	11 22 33 44 55 66

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

<p>SER35. ¿Esta unidad de salud realiza actividades comunitarias?</p>	<p>Si 1 No..... 3</p>	<p>SER42</p>	
<p>SER36. ¿En dónde se realizan? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unidades móviles 2. En la localidad 3. En otras localidades 4. En escuelas 5. En empresas 6. En la misma unidad de salud 7. Otro (especificar) 	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>SER42</p>	
<p>SER37. ENTREVISTADOR: SI SER36 = ÚNICAMENTE 6 → → SER40 EN CUALQUIER OTRO CASO → → SER38</p>			
<p>SER38. ¿Cuántos días salió el personal de la unidad de salud a realizar actividades comunitarias en los últimos 6 meses? 1. Días 8. NS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días 8. _____</p>	<p>SER38</p>	
<p>SER39. En promedio, ¿cuántos trabajadores de la unidad salen a realizar actividades comunitarias? 1. Personas 8. NS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Personas 8. _____</p>	<p>SER39</p>	
<p>SER40. ¿Qué tipo de actividades comunitarias se realizan? (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vacunación 2. Planificación familiar 3. Detección de enfermedades 4. Pláticas de educación para la salud 5. Campañas de salud dental 6. Consultas generales 7. Otras (especificar) 8. NS 	<p>1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>→ SER42 → SER42 → SER42 → SER42 → SER42 → SER42 → SER42</p>	<p>SER40</p>	
<p>SER41. Las pláticas de educación para la salud son sobre: (LEER OPCIONES Y CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p>			
<ol style="list-style-type: none"> 01. Vacunación 02. Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) 03. Enfermedades Diarreicas Agudas (ERAS) 04. Nutrición infantil 05. Salud perinatal 06. Planificación familiar 07. Cáncer cervicouterino / mama 08. Hipertensión arterial 09. Diabetes mellitus 10. Enfermedades de transmisión sexual/SIDA 11. Adicciones (Alcoholismo, Drogadicción, Tabaquismo) 12. Prevención de accidentes 13. Mejoramiento del ambiente 14. Urgencias y desastres 15. Otro (especificar) 98. NS 	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 98</p>	<p>SER41</p>	
<p>SER42. ¿La unidad ofrece el servicio de cloración o verificación de la cloración del agua de la localidad?</p>	<p>Si..... 1 No..... 3 → SER44</p>	<p>SER42</p>	
<p>SER43. ¿Con qué periodicidad se ofrece el servicio de cloración o verificación de la cloración del agua de la localidad? 1. Veces por semana 2. Veces por mes 3. Veces por año 8. NS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces por semana 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces por mes 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veces por año 8. _____</p>	<p>SER43</p>	

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

Me gustaría preguntarle acerca de la canalización de pacientes a otros lugares.

<p>SER44. ¿Cuáles son las razones más frecuentes por las que se canaliza a los pacientes a otra unidad? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravedad de los pacientes 2. Insuficiencia de recursos materiales 3. Insuficiencia de personal 4. Envío con un especialista 5. Otra (especificar) 6. No se refiere a los pacientes 	<ol style="list-style-type: none"> 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 → SER49 _____ 	
<p>SER45. ENTREVISTADOR: LLENAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS POR COLUMNA.</p>		
<p>PRIMER LUGAR DE REFERENCIA ↑ SIGA HACIA ABAJO</p>		
<p>SER46. ¿Cuáles son los dos principales lugares a donde se refiere/canaliza a los pacientes que no pueden ser atendidos en esta unidad?</p>	<p>1. Nombre _____ 8. NS 1. Localidad/Col. _____ 3. Mismo 8. NS 1. Municipio/Deleg. _____ 3. Mismo 8. NS 1. Estado _____ 3. Mismo 8. NS</p>	<p>1. Nombre _____ 8. NS 1. Localidad/Col. _____ 3. Mismo 8. NS 1. Municipio/Deleg. _____ 3. Mismo 8. NS 1. Estado _____ 3. Mismo 8. NS 9. NA → SER49 _____</p>
<p>SER47. ¿A qué distancia queda el lugar de referencia de aquí? 1. Distancia en kilómetros / metros</p>	<p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kms <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mts. 8.</p>	<p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kms <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mts. 8.</p>
<p>SER48. ¿Cuánto tiempo se requiere para transportarse de aquí al lugar de referencia? 1. Tiempo en horas / minutos</p>	<p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hrs <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min 8.</p>	<p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hrs <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min 8.</p>

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

Las siguientes preguntas son acerca del material, equipo e instrumental médico con el que regularmente cuenta esta unidad.

(SER49 Tipo)		SER49	SER49
MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL		¿Esta unidad cuenta con (...)?	¿Esta unidad cuenta con (...)?
MATERIAL			
A.	Antisépticos 1. Si 3. No	1 3	
B.	Vendas 1. Si 3. No	1 3	
C.	Guantes desechables 1. Si 3. No	1 3	
D.	Gasas 1. Si 3. No	1 3	
E.	Hilo para suturar 1. Si 3. No	1 3	
EQUIPO MÉDICO			
F.	Estetoscopio biauricular 1. Si 3. No	1 3	
G.	Estetoscopio rígido de Pinard/Fonocardiograma 1. Si 3. No	1 3	
H.	Incubadora 1. Si 3. No	1 3	
I.	Báscula para bebé 1. Si 3. No	1 3	
J.	Báscula con estadímetro 1. Si 3. No	1 3	
(SER49 Tipo)			
MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL		SER49	SER49
		¿Esta unidad cuenta con (...)?	¿Esta unidad cuenta con (...)?
MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL			
K.	Esterilizador 1. Si 3. No	1 3	
L.	Baumanómetro 1. Si 3. No	1 3	
M.	Microscopio 1. Si 3. No	1 3	
N.	Electrocardiógrafo 1. Si 3. No	1 3	
O.	Centrífugas 1. Si 3. No	1 3	
INSTRUMENTAL			
P.	Estuche de diagnóstico 1. Si 3. No	1 3	
Q.	Equipo de disección 1. Si 3. No	1 3	
R.	Especjo vaginal 1. Si 3. No	1 3	
S.	Sondas 1. Si 3. No	1 3	

ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD (SECCIÓN SER)

<p>SER50. En los últimos 6 meses, ¿ha faltado, por más de una semana, algún instrumental, material o equipo, de los que le he mencionado?</p>	<p>SI.....1 NO.....3 → SER52</p>
<p>SER51. ¿Cuál es el material, equipo e instrumental médico que ha faltado? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <p>01. Antisépticos 02. Vendas 03. Guantes desechables 04. Gasas 05. Hilo para suturar 06. Estetoscopio biauricular 07. Estetoscopio rígido de Pinard 08. Incubadora 09. Báscula para bebé 10. Báscula con estadímetro 11. Esterilizador 12. Baumanómetro 13. Microscopio 14. Electrocardiógrafo 15. Centrífugas 16. Estuche de diagnóstico 17. Equipo de disección 18. Espejo vaginal 19. Sondas 20. Otro (especificar) 21. Otro (especificar)</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 _____</p>
<p>SER52. ¿Compra esta unidad el material, equipo e instrumental o lo recibe de alguna institución? (LEER OPCIONES)</p> <p>1. Lo compra 2. Lo compra y lo recibe en especie 3. Lo recibe en especie</p>	<p>1 → SER56 2 3</p>

<p>SER53. ¿Quién financia o dona el material, instrumental o equipo que se utiliza en esta unidad? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <p>01. SSA 02. IMSS 03. ISSSTE 04. DIF 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz roja 07. SEDENA/SEMAR 08. PEMEX 09. Compra propia de la unidad 10. Propiedad del personal de salud 11. Donativos 12. Otro (especificar)</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 _____</p>
---	--

<p>SER54. ENTREVISTADOR: ¿HAY MÁS DE UNA RESPUESTA EN SER53? SI.....1 → SER55 NO.....3 → SER56</p>	<p>(SEÑALE LOS MÁS REPRESENTATIVOS EN ORDEN DE IMPORTANCIA)</p> <p>01. <input type="checkbox"/> SSA 02. <input type="checkbox"/> IMSS 03. <input type="checkbox"/> ISSSTE 04. <input type="checkbox"/> DIF 05. <input type="checkbox"/> Servicios estatales, municipales o univer. 06. <input type="checkbox"/> Cruz roja 07. <input type="checkbox"/> SEDENA/SEMAR 08. <input type="checkbox"/> PEMEX 09. <input type="checkbox"/> Compra propia de la unidad 10. <input type="checkbox"/> Propiedad del personal de la unidad 11. <input type="checkbox"/> Donativos 12. <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____</p>
<p>SER55. Por favor, señale en orden de importancia quienes financian o donan el instrumental, material o equipo que se utiliza en esta unidad. (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <p>01. SSA 02. IMSS 03. ISSSTE 04. DIF 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz roja 07. SEDENA/SEMAR 08. PEMEX 09. Compra propia de la unidad 10. Propiedad del personal de la unidad 11. Donativos 12. Otro (especificar)</p>	<p>01. <input type="checkbox"/> SSA 02. <input type="checkbox"/> IMSS 03. <input type="checkbox"/> ISSSTE 04. <input type="checkbox"/> DIF 05. <input type="checkbox"/> Servicios estatales, municipales o univer. 06. <input type="checkbox"/> Cruz roja 07. <input type="checkbox"/> SEDENA/SEMAR 08. <input type="checkbox"/> PEMEX 09. <input type="checkbox"/> Compra propia de la unidad 10. <input type="checkbox"/> Propiedad del personal de la unidad 11. <input type="checkbox"/> Donativos 12. <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____</p>

<p>SER56. ENTREVISTADOR: PREGUNTA SER10 FUE RESPONDIDA CON OPCIÓN «3. NO» O LA PREGUNTA SER11 CON LA OPCIÓN «8. NS»:</p>	<p>1. SI → SER57 3. NO → SECCIÓN NE3 9. NA → SECCIÓN NE3</p>
<p>SER57. ¿Cuál es la temperatura del refrigerador registrada la última vez?</p> <p>1. Termómetro especial a) Grados centígrados 2. Termómetro normal b) Grados centígrados 8. NS</p>	<p>1. Termómetro especial a) <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ° C 2. Termómetro normal b) <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ° C 8.</p>

NOTAS DE LAS SESIONES DE ENTREVISTA (SECCIÓN NE3)

LLENE ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE COMPLETAR LA SECCIÓN «SER» DEL LIBRO.

NE301. ¿QUIÉN MÁS ESTUVO PRESENTE DURANTE LA ENTREVISTA (ADEMÁS DEL QUE RESPONDIÓ)? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- A. PERSONAL DE SALUD
- B. PERSONAL ADMINISTRATIVO
- C. PACIENTE(S)
- D. OTRO (ESPECIFICAR) _____

NE304. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS AL ENCUESTADO?

NE302. ¿CUAL ES SU EVALUACIÓN DE LA EXACTITUD DE LAS RESPUESTAS DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE305. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS A USTED?

NE303. ¿CUAL ES SU EVALUACIÓN DE LA SERIEDAD Y LA ATENCIÓN DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE306. ¿EN QUÉ PREGUNTAS NOTÓ AL ENCUESTADO INTERESADO?

NE307. NOTAS:

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO (SECCIÓN LAB)

LAB01. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE EN RS02 SI EXISTE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.

1. SI → LAB02 SECCIÓN FM
3. NO →

LAB02. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE RS03 Y ANOTE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE RESPONDERÁ ESTA SECCIÓN. SI NO SE ENCUENTRA, PODRÁ SER SUSTITUIDA.

1. Nombre: _____

2. Puesto: _____

3. Mismo encuestado

LAB03. ENTREVISTADOR: PREGUNTAR PRIMERO LA COLUMNA LAB04.

Las siguientes preguntas son acerca de las pruebas que se realizan en el laboratorio de análisis clínicos.

(LAB Tipo)	LAB04	LAB05
PRUEBA	¿En el laboratorio se realizan (...)? SIGA HACIA ABAJO ↓	¿Cuál es el precio promedio que se cobra al paciente por la prueba (...)?
A. Análisis de glucosa	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
B. Biometría Hemática	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ → LINEAF 2. Gratuito
C. Hemoglobina	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
D. Obtención del número de eritrocitos	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
E. Obtención del número de leucocitos	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
F. Obtención del tipo de sangre	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
G. Análisis de orina	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
H. Análisis de heces fecales	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
I. Química sanguínea	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
J. Laboratorio de microbiología	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
K. Prueba de Papanicolaou	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
PRUEBA	¿En el laboratorio se realizan (...)? SIGA HACIA ABAJO ↓	¿Cuál es el precio promedio que se cobra al paciente por la prueba (...)?
L. Prueba para la detección de enfermedades de transmisión sexual.	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
a. Cúltivos de bacterias y virus para lesiones vaginales	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
b. Cúltivos de bacterias y virus para lesiones penéneas	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
c. Prueba VDRL para Sífilis	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito
d. Prueba ELISA para detección de VIH	1. Si ↔ 3. No ↔	1. \$ 2. Gratuito

LAB06.

Si no puede ser realizada alguna de las pruebas, ¿a dónde se refiere a las personas que solicitan el servicio?

- Especificar
- Mismo Loc/Mpio/Edo/Pais
- NS
- NA

1. Nombre _____ 8. NS
1. Localidad/Coi. _____ 3. Mismo 8. NS
1. Municipio/Deleg. _____ 3. Mismo 8. NS
1. Estado _____ 3. Mismo 8. NS
9. NA

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO (SECCIÓN LAB)

<p>LAB07. Actualmente, ¿cuenta con suficiente instrumental, material o equipo para realizar las pruebas de laboratorio?</p> <p>1. Sí 3. No</p>	<p>1 3</p>
<p>LAB08. En los últimos 6 meses, ¿ha contado con el instrumental, material o equipo para realizar las pruebas de laboratorio?</p> <p>1. Sí, siempre 2. La mayoría de la veces 3. Casi nunca 4. Nunca</p>	<p>1 → SECCIÓN LB 2 → SECCIÓN LB 3 4</p>
<p>LAB09. De las pruebas mencionadas, ¿para la realización de cuáles ha faltado instrumental, material o equipo?</p> <p>01. Análisis de glucosa 02. Biometría Hemática 03. Hemoglobina 04. Obtención del número de eritrocitos 05. Obtención del número de leucocitos 06. Obtención del tipo de sangre 07. Análisis de orina 08. Análisis de heces fecales 09. Química sanguínea 10. Laboratorio de microbiología 11. Prueba de Papanicolaou 12. Cultivos de bacterias y virus para lesiones vaginales 13. Cultivos de bacterias y virus para lesiones penéareas 14. Prueba VDRL para Sífilis 15. Prueba ELISA para detección de VIH</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15</p>

OBSERVACIÓN DIRECTA DEL LABORATORIO (SECCIÓN LB)

**LB01 ENTREVISTADOR:
ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER LLENADA POR EL ENTREVISTADOR MEDIANTE OBSERVACIÓN DIRECTA.**

<p>LB02. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DEL PISO DEL LABORATORIO? SUCIO=POLVO, RESTOS DE COMIDA Y BASURA</p> <p>1. MUY LIMPIO / MUY BUENA CONDICIÓN 2. LIMPIO / BUENA CONDICIÓN 3. REGULAR 4. SUCIO / MALA CONDICIÓN 5. MUY SUCIO / MUY MALA CONDICIÓN 6. NO SE PUDO OBSERVAR (ESPECIFICAR)</p>	<p>1 2 3 4 5 6 _____</p>
<p>LB03. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DE LAS PAREDES DEL LABORATORIO? SUCIAS=SI EXISTEN TELARAÑAS, GRAFITI, HUMEDAD O PINTURA CALDA.</p> <p>1. MUY LIMPIAS / MUY BUENA CONDICIÓN 2. LIMPIAS / BUENA CONDICIÓN 3. REGULAR 4. SUCIAS / MALA CONDICIÓN 5. MUY SUCIAS / MUY MALA CONDICIÓN 6. NO SE PUDO OBSERVAR (ESPECIFICAR)</p>	<p>1 2 3 4 5 6 _____</p>
<p>LB04. ¿EXISTE ALGÚN LUGAR EN EL LABORATORIO EN EL QUE LOS EMPLEADOS PUEDAN LAVARSE LAS MANOS? 1. SI 3. NO</p>	<p>1 3</p>

NOTAS DE LAS SESIONES DE ENTREVISTA (SECCIÓN NE4)

LLENE ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE COMPLETAR LA SECCIÓN «LAB» DEL LIBRO.

NE401. ¿QUIÉN MÁS ESTUVO PRESENTE DURANTE LA ENTREVISTA (ADEMÁS DEL QUE RESPONDÍÓ)? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- A. PERSONAL DE SALUD
- B. PERSONAL ADMINISTRATIVO
- C. PACIENTE (S)
- D. OTRO (ESPECIFICAR) _____

NE404. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS AL ENCUESTADO?

NE402. ¿CUAL ES SU EVALUACIÓN DE LA EXACTITUD DE LAS RESPUESTAS DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE405. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS A USTED?

NE403. ¿CUAL ES SU EVALUACIÓN DE LA SERIEDAD Y LA ATENCIÓN DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE406. ¿EN QUÉ PREGUNTAS NOTÓ AL ENCUESTADO INTERESADO?

NE407. NOTAS:

FARMACIA/MEDICAMENTOS (SECCIÓN FM)

FM01. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE EN RS02 SI EXISTE FARMACIA:	1. SI → 3. NO →	FM02 SECCIÓN RM
FM02. ENTREVISTADOR: VERIFIQUE RS03 Y ANOTE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE RESPONDERÁ ESTA SECCIÓN. SI NO SE ENCUENTRA, PODRÁ SER SUSTITUIDA.	1. Nombre: _____	2. Puesto: _____
		3. Mismo encuestado

Las siguientes preguntas son acerca de los medicamentos que se ofrecen a la población.

(FM Tipo)	FM03	FM04	FM05	FM06	FM07
MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	¿Se vende o se regala de forma regular (...)?	¿De cuántos mg/g está compuesta la presentación o fórmula de (...) que se vende o regala? (PREGUNTAR POR LA PRESENTACIÓN MÁS REGALADA O VENDIDA)	¿Cuál es la presentación más vendida o regalada de este medicamento? (cantidad de pastillas, mililitros gramos, etc)	¿Cuál es el precio de esta presentación?
1. Ampicilina tabletas	500 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____	1.\$. 2. Gratuito
2. Eritromicina tabletas	500 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____	1.\$. 2. Gratuito
3. Trimetoprim / sulfametoxazol tabletas	80 mg / 400 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. mg / g / mg b. . g	_____	1.\$. 2. Gratuito
4. Cloranfenicol cápsulas	500 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____	1.\$. 2. Gratuito
5. Penicilina G Procalinca solución inyectable	800 000 UI	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. , UI	_____	1.\$. 2. Gratuito
6. Captopril tabletas	25 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____	1.\$. 2. Gratuito
7. Nifedipina tabletas	10 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____	1.\$. 2. Gratuito
8. Furosemida tabletas	20 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____	1.\$. 2. Gratuito

FARMACIA/MEDICAMENTOS (SECCIÓN FM)

(FM Tipo)	FM03	FM04	FM05	FM06	FM07
MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	¿Se vende o se regala de forma regular (...)? SIGA A LA DERECHA	¿De cuántos mg/g está compuesta la presentación o fórmula de (...) que se vende o regala? (PREGUNTAR POR LA PRESENTACIÓN MÁS REGALADA O VENDIDA)	¿Cuál es la presentación más vendida o regalada de este medicamento? (cantidad de pastillas, mililitros gramos, etc)	¿Cuál es el precio de esta presentación?
18. Etambutol tabletas	400 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. mg / mg b. g	_____ _____ _____	1. \$. 2. Gratuito
19. Isoniazida / Rifampicina cápsulas	200 mg / 150 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. mg / mg b. g / g	_____ _____ _____	1. \$. 2. Gratuito
20. Cloroquina tabletas	150 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____ _____ _____	1. \$. 2. Gratuito
21. Primaquina tabletas	5 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____ _____ _____	1. \$. 2. Gratuito
22. Hierro tabletas	100 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____ _____ _____	1. \$. 2. Gratuito
23. Acido fólico tabletas	5 mg	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____ _____ _____	1. \$. 2. Gratuito
24. Sobres de electrolitos orales (Vida Suero Oral)	27.9 g	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg b. . g	_____ _____ _____	1. \$. 2. Gratuito
25. Solución isotónica de cloruro de sodio	0.9 / 100 ml	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg / ml b. . g / ml	_____ _____ _____	1. \$. 2. Gratuito
26. Solución glucosada	5 g / 100 ml	1. Si → FM06 2. No se vende / regala en esta presentación → 3. No se vende / regala ↓	a. . mg / ml b. . g / ml	_____ _____ _____	1. \$. 2. Gratuito

FARMACIA/MEDICAMENTOS (SECCIÓN FM)

<p>FM08. En esta unidad, ¿se proveen además los siguientes grupos de medicamentos?</p> <p>A. Reductores de colesterol</p> <p>1. Si</p> <p>3. No</p> <p>B. Oftalmológicos</p> <p>1. Si</p> <p>3. No</p> <p>C. Antidepresivos</p> <p>1. Si</p> <p>3. No</p>	<p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>3</p>
<p>FM09. En los últimos 6 meses, ha fallado, por más de una semana alguno de los medicamentos mencionados?</p>	<p>Si.....1</p> <p>No.....3</p> <p style="text-align: right;">→ FM11</p>

<p>FM10. De los medicamentos mencionados, ¿cuáles son los que principalmente han fallado en los últimos 6 meses por más de una semana? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <p>01. Ampicilina</p> <p>02. Eritromicina</p> <p>03. Trimetoprim / sulfametoxazol</p> <p>04. Cloranfenicol</p> <p>05. Penicilina GP</p> <p>06. Captopril</p> <p>07. Nifedipina</p> <p>08. Furosemida</p> <p>09. Metronidazol</p> <p>10. Albendazol</p> <p>11. Tolbutamida</p> <p>12. Glibenclamida</p> <p>13. Clorpropamida</p> <p>14. Acido acetilsalicílico</p> <p>15. Paracetamol / Acetaminofén</p> <p>16. Naproxeno</p> <p>17. Diclofenaco</p> <p>18. Etambutol</p> <p>19. Isoniazida, rifampicina</p> <p>20. Cloroquina</p> <p>21. Primaquina</p> <p>22. Hierro</p> <p>23. Acido Fólico tabletas</p> <p>24. Sobre de electrolitos orales</p> <p>25. Solución isotónica de cloruro de sodio</p> <p>26. Solución glucosada</p> <p>27. Otro (especificar)</p> <p>28. Otro (especificar)</p> <p>29. Otro (especificar)</p>	<p>01</p> <p>02</p> <p>03</p> <p>04</p> <p>05</p> <p>06</p> <p>07</p> <p>08</p> <p>09</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p> <p>25</p> <p>26</p> <p>27</p> <p>28</p> <p>29</p>
---	---

FARMACIA/MEDICAMENTOS (SECCIÓN FM)

<p>FM11. ¿Compra esta unidad los medicamentos o los recibe de alguna institución? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p>	<p>1 → SECCIÓN NES 2 3</p>
<p>FM12. ¿Quién financia o dona los medicamentos que son vendidos o provistos a los pacientes? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <p>01. SSA (Secretaría de Salud) 02. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 03. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 04. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz roja 07. SEDENA/SEMAR (Secretaría de la Defensa Nacional / Secretaría de Marina) 08. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 09. Compra propia de la unidad 10. Donativos 11. Otro (especificar)</p>	<p>01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 _____</p>
<p>FM13. ENTREVISTADOR: ¿HAY MÁS DE UNA RESPUESTA EN FM12? SI.....1 → FM14 NO.....3 → SECCIÓN NES</p>	
<p>FM14. Por favor, señale en orden de importancia quienes financian o donan los medicamentos que se regalan o venden en esta unidad. (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <p>01. SSA (Secretaría de Salud) 02. IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 03. ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) 04. DIF (Desarrollo Integral de la Familia) 05. Servicios estatales, municipales o universitarios 06. Cruz roja 07. SEDENA/SEMAR (Secretaría de la Defensa Nacional / Secretaría de Marina) 08. PEMEX (Petróleos Mexicanos) 09. Compra propia de la unidad 10. Donativos 11. Otro (especificar)</p>	<p>01. <input type="checkbox"/> SSA 02. <input type="checkbox"/> IMSS 03. <input type="checkbox"/> ISSSTE 04. <input type="checkbox"/> DIF 05. <input type="checkbox"/> Servicios estatales, municipales o universitarios 06. <input type="checkbox"/> Cruz roja 07. <input type="checkbox"/> SEDENA/SEMAR 08. <input type="checkbox"/> PEMEX 09. <input type="checkbox"/> Compra propia de la unidad 10. <input type="checkbox"/> Donativos 11. <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____</p> <p>(SEÑALE LOS MÁS REPRESENTATIVOS EN ORDEN DE IMPORTANCIA)</p>

NOTAS DE LAS SESIONES DE ENTREVISTA (SECCIÓN NE5)

LLENE ESTA SECCIÓN DESPUÉS DE COMPLETAR LA SECCIÓN «FM» DEL LIBRO.

NE501. ¿QUIÉN MÁS ESTUVO PRESENTE DURANTE LA ENTREVISTA (ADEMÁS DEL QUE RESPONDIÓ)? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- A. PERSONAL DE SALUD
- B. PERSONAL ADMINISTRATIVO
- C. PACIENTE(S)
- D. OTRO (ESPECIFICAR) _____

NE502. ¿CUAL ES SU EVALUACIÓN DE LA EXACTITUD DE LAS RESPUESTAS DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE503. ¿CUAL ES SU EVALUACIÓN DE LA SERIEDAD Y LA ATENCIÓN DEL ENCUESTADO?

- 1. EXCELENTE
- 2. BUENA
- 3. NO MUY BUENA
- 4. MALA
- 5. MUY MALA

NE504. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS AL ENCUESTADO?

NE505. ¿QUÉ PREGUNTAS LE RESULTARON DIFÍCILES, PENOSAS O CONFUSAS A USTED?

NE506. ¿EN QUÉ PREGUNTAS NOTÓ AL ENCUESTADO INTERESADO?

NE507. NOTAS:

OBSERVACIÓN DIRECTA DE LA SALA DE REVISIÓN MÉDICA (SECCIÓN RM)

RM01. ENTREVISTADOR: ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER CONTESTADA CUANDO HAYA OBSERVADO ALGUNA SALA DE REVISIÓN MÉDICA.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE LA SALA DE REVISIÓN MÉDICA.

(RM Tipo)	RM02	RM03
	ESTA SALA TIENE (...):	¿CÓMO CONSIDERA QUE ES LA CONDICIÓN DE (...)?
1. VENTILACIÓN CON AIRE NATURAL	1. SI 3. NO ↕	1. SUFICIENTE PARA EL TAMAÑO DE LA SALA 2. NO SUFICIENTE PARA EL TAMAÑO DE LA SALA
2. AIRE ACONDICIONADO	1. SI ↕ 3. NO	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
3. LUZ NATURAL	1. SI ↕ 3. NO	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
4. LUZ ARTIFICIAL	1. SI ↕ 3. NO	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
5. TARJETA O LUGAR PARA LAVARSE LAS MANOS	1. SI ↕ 3. NO	
6. BOTE DE BASURA	1. SI ↕ 3. NO	1. SUFICIENTES PARA EL TAMAÑO DE LA SALA 2. NO SUFICIENTES PARA EL TAMAÑO DE LA SALA
7. CAMA DE REVISIÓN MÉDICA	1. SI ↕ 3. NO	1. EN BUENAS CONDICIONES 2. EN CONDICIONES REGULARES 3. EN MALAS CONDICIONES

OBSERVACIÓN DIRECTA DE LA SALA DE REVISIÓN MÉDICA (SECCIÓN RM)

<p>RM04. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DEL PISO?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MUY LIMPIO Y BUENA CONDICIÓN 2. LIMPIO / BUENA CONDICIÓN 3. REGULAR 4. SUCIO / MALA CONDICIÓN 5. MUY SUCIO / MUY MALA CONDICIÓN 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5
<p>RM05. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DEL TECHO?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NO NECESITA REPARACIÓN NI LIMPIEZA 2. SOLO NECESITA LIMPIEZA 3. NECESITA REPARACIÓN 4. NECESITA REPARACIÓN Y LIMPIEZA URGENTE 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4
<p>RM06. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DE LAS PAREDES EN ESTA SALA?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NO NECESITAN REPARACIÓN NI LIMPIEZA 2. SOLO NECESITAN LIMPIEZA 3. NECESITAN REPARACIÓN 4. NECESITAN REPARACIÓN Y LIMPIEZA URGENTE 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4
<p>RM07. ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DE LAS CORTINAS?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CORTINAS LIMPIAS Y EN BUEN ESTADO 2. PERSIANAS LIMPIAS Y EN BUEN ESTADO 3. CORTINAS SUCIAS O EN MAL ESTADO 4. PERSIANAS SUCIAS O EN MAL ESTADO 5. NO TIENE CORTINAS NI PERSIANAS 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5

RM08. RESPECTO A LO OBSERVADO, ANOTE AQUELLO QUE LE HAYA LLAMADO LA ATENCIÓN:

OBSERVACIÓN DIRECTA DE LA SALA DE ESPERA (SECCIÓN SE)

SE01. ENTREVISTADOR:
ESTA SECCIÓN DEBERÁ SER LLENADA POR EL ENCUESTADOR MEDIANTE OBSERVACIÓN DIRECTA DE LA SALA DE ESPERA.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE LA SALA DE ESPERA

SE02. ¿EXISTE UNA SALA ESPECIAL DONDE ESPERAR LA GENTE PARA SER ATENDIDA? SI.....1
 NO.....3 → **SE15**

(SE Tipo)	SE03	SE04
	ESTA SALA TIENE (...):	¿CÓMO CONSIDERA QUE ES LA CONDICIÓN DE (...)?
A. VENTILACIÓN CON AIRE NATURAL	1. SI 3. NO ↔	1. SUFICIENTE PARA EL TAMAÑO DE LA SALA 2. NO SUFICIENTE PARA EL TAMAÑO DE LA SALA
B. AIRE ACONDICIONADO	1. SI 3. NO ↔	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
C. LUZ NATURAL	1. SI 3. NO ↔	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
D. LUZ ARTIFICIAL	1. SI 3. NO ↔	1. SUFICIENTE 2. NO SUFICIENTE
E. SANITARIOS	1. SI 3. NO ↔	1. LIMPIO BUENA CONDICIÓN 2. REGULAR 3. SUCIO MALA CONDICIÓN
F. BOTE DE BASURA	1. SI 3. NO ↔	1. SUFICIENTES PARA EL TAMAÑO DE LA SALA 2. NO SUFICIENTES PARA EL TAMAÑO DE LA SALA

OBSERVACIÓN DIRECTA DE LA SALA DE ESPERA (SECCIÓN SE)

<p>SE05. ¿CÓMO ESPERA LA GENTE SER ATENDIDA? (CIRCULE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</p> <p>1. EN SILLAS / BANCAS 2. EN SILLONES 3. DE PIE 4. EN EL SUELO</p>	<p>1 2 3 4</p>
<p>SE06. ¿SE ENCUENTRA SATURADA LA SALA DE ESPERA?</p> <p>1. SI 3. NO</p>	<p>1 3</p>
<p>SE07. ¿EN QUÉ CONDICIÓN SE ENCUENTRAN LAS SILLAS, BANCAS O SILLONES, DE LA SALA DE ESPERA?</p> <p>1. MUY LIMPIAS / MUY BUENA CONDICIÓN 2. LIMPIAS / BUENA CONDICIÓN 3. REGULAR 4. SUCIAS / MALA CONDICIÓN 5. MUY SUCIAS / MUY MALA CONDICIÓN</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p>SE08. ¿CUAL ES EL PRINCIPAL MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA SALA DE ESPERA? (SI MÁS DE UN MATERIAL CIRCULE EL MENOR SEGÚN LA LISTA)</p> <p>1. CONCRETO, TABIQUE, LADRILLO, TABICÓN, BLOCK. 2. ADOBE 3. MADERA 4. LÁMINA DE ASBESTO, LÁMINA METÁLICA, FIBRA DE VIDRIO, PÁSTICO O MICA 5. EMBARRO O BAJAREQUE 6. CARRIZO, BAMBÚ, PALMA O TEJAMANIL 7. LÁMINA DE CARTÓN 8. MATERIAL DE DEPERDICIO (CARTÓN, HULE, TELA, LLANTAS, ETC.) 9. OTRO (ESPECIFICAR)</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 _____</p>

<p>SE09. ¿CUAL ES LA CONDICIÓN DE LAS PAREDES EN LA SALA DE ESPERA?</p> <p>1. NO NECESITAN REPARACIÓN NI LIMPIEZA 2. SOLO NECESITAN LIMPIEZA 3. NECESITAN REPARACIÓN 4. NECESITAN REPARACIÓN Y LIMPIEZA URGENTE</p>	<p>1 2 3 4</p>
<p>SE10. ¿EXISTEN CARTELES PEGADOS EN LAS PAREDES DE ESTA SALA QUE INFORMEN ACERCA DEL CUIDADO DE LA SALUD, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SALUD REPRODUCTIVA, HIGIENE BUICAL, ETC.?</p> <p>1. SI 3. NO</p>	<p>1 3</p>
<p>SE11. ¿CUAL ES EL PRINCIPAL MATERIAL DEL PISO? (SI MÁS DE UN MATERIAL CIRCULE EL MENOR SEGÚN LA LISTA)</p> <p>1. MADERA, MOSAICO, LOSETA DE CONCRETO, LOSETA DE PLÁSTICO, ALFOMBRAS U OTROS RECUBRIMIENTOS 2. CEMENTO FIRME 3. TIERRA 4. OTRO (ESPECIFICAR)</p>	<p>1 2 3 4 _____</p>
<p>SE12. ¿CUAL ES LA CONDICIÓN DEL PISO?</p> <p>1. MUY LIMPIO Y BUENA CONDICIÓN 2. LIMPIO / BUENA CONDICIÓN 3. REGULAR 4. SUCIO / MALA CONDICIÓN 5. MUY SUCIO / MUY MALA CONDICIÓN</p>	<p>1 2 3 4 5</p>

OBSERVACIÓN DIRECTA DE LA SALA DE ESPERA (SECCIÓN SE)

<p>SE13. ¿CUAL ES EL PRINCIPAL MATERIAL DEL TECHO EN ESTA SALA? (SI MÁS DE UN MATERIAL CIRCULE EL MENOR SEGÚN LA LISTA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. VIGUETA Y POLIURETANO, VIGUETA Y BOVEDILLA 2. CONCRETO, TABIQUE, LADRILLO, TABICÓN, BLOCK, O LOZA DE CONCRETO 3. TELA 4. LAMINA DE ASBESTO 5. CARRIZO, BAMBU O TERRADO 6. LAMINA METALICA, FIBRA DE VIDRIO, PLASTICO O MICA 7. PALMA, TELAMANIL O MADERA 8. LAMINA DE CARTÓN 9. MATERIAL DE DESPERDICIO (CARTÓN, HULE, TELA, LLANTAS, ETC.) 10. OTRO (ESPECIFICAR) 	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____</p>
<p>SE14. ¿CUAL ES LA CONDICIÓN DEL TECHO?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NO NECESITA REPARACIÓN NI LIMPIEZA 2. SÓLO NECESITA LIMPIEZA 3. NECESITA REPARACIÓN 4. NECESITA REPARACIÓN Y LIMPIEZA URGENTE 	<p>1 2 3 4</p>

SE15. RESPECTO A LO OBSERVADO, ANOTE AQUELLO QUE LE HAYA LLAMADO LA ATENCIÓN.

CONTROL DE VISITAS

NÚMERO DE VISITAS	FECHA DE LA VISITA			TIEMPO DE LA ENTREVISTA	RESULTADO DE LA VISITA (Ver códigos)	SECCIONES												FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA				
	DÍA	MES	HRS			MIN	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.	HRS.	MIN.	DÍA	MES
1						RS		AG		PS		SER		LAB		LB						
						FM		RM		SE												
2						RS		AG		PS		SER		LAB		LB						
						FM		RM		SE												
3						RS		AG		PS		SER		LAB		LB						
						FM		RM		SE												
4						RS		AG		PS		SER		LAB		LB						
						FM		RM		SE												
5						RS		AG		PS		SER		LAB		LB						
						FM		RM		SE												
6						RS		AG		PS		SER		LAB		LB						
						FM		RM		SE												

TIEMPO TOTAL DE LA ENTREVISTA

Resultado Final de la entrevista

SECCIONES INCOMPLETAS	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.	SEC.	R.E.

REGISTRO DE PERSONAL

PUESTOS		NOMBRE		CLAVE		FIRMA		FECHA DE ENTREGA	
ENTREVISTADOR COMUNITARIO									
JEFE ESTATAL									