

36. DE ACUERDO CON LA INDICACION ¿USTED LO LLEVO AL HOSPITAL?

SI NO
☐ ☐

¿POR QUE NO LO LLEVO AL HOSPITAL?

(CONTINUE CON LA PREGUNTA 36)

37. ¿ LE DIERO ATENCION EN EL HOSPITAL ?

SI NO
☐ ☐

¿POR QUE NO LO LLEVO AL HOSPITAL?

(CONTINUE CON LA PREGUNTA 36)

38. ¿LO HOSPITALIZARON? SI

NO
☐ ☐

¿POR QUE NO LO HOSPITALIZARON?

39. DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA PRIMERA CONSULTA,
USTED : (RELACIONE CON LAS INDICACIONES QUE LE DIERON)

SI NO

¿ LE EVITO CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA ?

¿ LE DIO MAS LIQUIDOS DE LO NORMAL ?

¿ LE DESTAPO FRECUENTEMENTE LA NARIZ ?

¿ SI AUN TOMABA, CONTINUO DANDO PECO ?

¿ LE EVITO LA EXPOSICION A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

40. ¿ LE DIO MEDICINA ?

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

VII. CONSULTA(S) SUBSECUENTE(S) (LLENE ESTA SECCION SOLO SI EL NIÑO RECIBIO UNA SEGUNDA CONSULTA POR LA MISMA U OTRA PERSONA)

41. ¿ QUIEN LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA ? LA MISMA PERSONA ☐ OTRA PERSONA ☐

42. LA PERSONA QUE LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA LE INDICO:

43. MEDIDAS GENERALES

SI NO ESP NO

¿QUE EVITARA CAMBIOS DE TEMPERATURA?

¿QUE LE DIERA MAS LIQUIDOS?

¿QUE LE DESTAPARA FRECUENTEMENTE LA NARIZ?

¿QUE LE CONTINUARA DANDO PECO?

¿QUE NO LE EXPUSIERA A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

44. ¿ LE DIO MEDICINA ?

DIGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINA

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

45. ¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA
OTRAS(S) MOLESTIA(S)

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 47)

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

46. ¿CUALES?

TIEMPO

47. ¿ LE SEÑALO CUANTO TIEMPO DESPUES REGRESARA?

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

48. ¿LE INDICO COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA?

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 49)

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