



ENCUESTA DE HOGARES PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA JUNTOS

CUESTIONARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



CUESTIONARIO CONFIDENCIAL: AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604 Y POR EL
DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

Doc. JUNTOS 03

CUESTIONARIO N°	Cuestionario Adicional
	1

Fecha de la Encuesta:	/ /
-----------------------	-----

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA	CÓDIGO
1. DEPARTAMENTO	
2. PROVINCIA	
3. DISTRITO	

B. IDENTIFICACIÓN MUESTRAL	CÓDIGO
4. CENTRO POBLADO	
5. CONGLOMERADO	
6. A.E.R	

7. RESULTADO DE ENTREVISTA

Entrevista Completa 1 Informante no competente..... 2 No hay Establecimiento de Salud en CCPP 3

8. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Tipo de Vía:	Avenida 1	Calle..... 2	Jirón..... 3	Pasaje..... 4	Carretera..... 5	Otro 6			
Nombre de la Av., Calle, Jr., Pasaje, Carretera, etc.		N° de Puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	N° Teléfono

9. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

CARGO	DNI.	NOMBRES Y APELLIDOS
ENCUESTADOR(A):		
SUPERVISOR:		

SECCIÓN I. DATOS DEL INFORMANTE

101. Nombre del Informante	
102. Sexo	103. Cargo
Hombre..... 1 Mujer 2	

SECCIÓN II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

201. Nombre del Establecimiento de Salud	Cod.		
201A. Antigüedad del Establecimiento (Años):			
202. Tipo de Establecimiento de Salud			
Hospital..... 1	Centro de Salud..... 2	Posta 3	

SECCIÓN III. EQUIPAMIENTO E INSUMOS CON QUE CUENTA EN EL ESTABLECIMIENTO

301. ¿Cuál es el equipamiento del establecimiento?	302. ¿Con qué insumos cuenta el establecimiento?					
Total	¿En qué estado de conservación se encuentra	Suficiente	Insuficiente	No tiene		
		Bueno	Regular	Malo		
		1. Cadena de Frio	1	2	3	1
2. Infantómetro	1	2	3	1	2	3
3. Camilla	1	2	3	1	2	3
4. Tensiómetro	1	2	3	1	2	3
5. Esterilizador	1	2	3	1	2	3
6. Mobiliario de escritorio (estante, biombo, vitrinas, sillas, etc.)	1	2	3	1	2	3
7. Estetoscopio	1	2	3	1	2	3
8. Doppler (detector de latidos fetales)	1	2	3	1	2	3
9. Kits para vacunas / culler termo de vacunas kst	1	2	3	1	2	3
10. Congeladora/refrigerador/microondas, etc.	1	2	3	1	2	3
11. Balones de oxígeno	1	2	3	1	2	3
12. Coche de curaciones	1	2	3	1	2	3
13. Moto lineal	1	2	3	1	2	3
14. Porta suero	1	2	3	1	2	3
15. Computadoras / equipos de oficina	1	2	3	1	2	3
16. Equipo dental / odontológico	1	2	3	1	2	3
17. Equipo de reanimación	1	2	3	1	2	3
18. Kits para parto	1	2	3	1	2	3
19. Kits para curaciones	1	2	3	1	2	3
20. Kits de cirugía	1	2	3	1	2	3
21. Lámpara de cuello	1	2	3	1	2	3
22. Ecógrafo	1	2	3	1	2	3
23. Emoque / hemoglobina	1	2	3	1	2	3
24. Nebulizador	1	2	3	1	2	3
25. Radio de comunicaciones	1	2	3	1	2	3
26.	1	2	3	1	2	3
27.	1	2	3	1	2	3
28.	1	2	3	1	2	3

303. Cantidad de personal del establecimiento

Tipo de Personal	Total	Trabaja a tiempo...		Días efectivos que trabaja al mes
		Completo	Parcial	
Médicos		1	2	
Obstetras		1	2	
Enfermeras		1	2	
Técnico sanitario		1	2	
Personal Administrativo		1	2	
Personal de Servicios		1	2	
Otro _____		1	2	
Otro _____		1	2	
Total				

