**Estudio de la casa Ecológica**



**Cuestionario de Seguimiento (3 and 9-month)**

**(Niños de 7-12 con asma)**

*El tiempo que toma completar este cuestionario se estima en unos 5 minutos, esto incluye el tiempo que toma revisar las instrucciones, investigar las fuentes de la información, recoger y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de la información. Las agencias no pueden realizar o patrocinar la recolección de información, y las personas no están obligadas a proporcionar información, a menos que el formulario tenga un número de control OMB válido, no vencido. Envíe comentarios acerca del tiempo estimado para completar este cuestionario o acerca de cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-XXXX)*

Iniciales del Entrevistador \_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Seguimiento realizado a los… (Marque una con un círculo):

1. Seguimiento a los 3 meses (post-remediación)
2. Seguimiento a los 9 meses (post-remediación)

**Enfermedad respiratoria**

2. Durante los últimos 3 meses, ¿tuvo [Nombre del niño/a] alguna de los siguientes padecimientos?

(*Si la respuesta es* ***SÍ****, anote el número de episodios)*

Número

1. Influenza (flu) o resfriado Sí No No sabe \_\_\_\_\_\_

(Haber tenido al menos 3 de los siguientes por más de 24 horas: fiebre, nariz aguada/tapada, tos, dolor de garganta, Dolores en el cuerpo o cansancio)

*(Si responde* ***SÍ****, pregunte)*

2.1.1 Durante estos episodios de enfermedad ¿empeoró el asma de [Nombre del niño/a]? Sí No No sabe

2.1.2 ¿Recibió [Nombre del niño/a] Tamiflu® o oseltamivir o una medicina inhalada llamada Relenza® o zanamivir para el tratamiento de esta enfermedad?

Sí No No sabe

2.1.3 ¿Le recetaron antibióticos a [Nombre del niño/a]? Sí No No sabe

Número

1. Neumonía o Pulmonía Sí No No sabe \_\_\_\_\_\_
2. Bronquitis Sí No No sabe \_\_\_\_\_\_

*Anote la frecuencia marcando con un círculo una de las alternativas*

1. Estornudos, nariz tapada/aguada

*(****sin tener un catarro****)* Nunca 1 o 2 veces 1 vez/mes 1 vez/semana Diariamente

1. Sibilancia o silbido en el pecho Nunca 1 o 2 veces 1 vez/mes 1 vez/semana Diariamente
2. Tos *(****sin tener un resfriado****)* Nunca 1 o 2 veces 1 vez/mes 1 vez/semana Diariamente
3. Dificultad para respirar Nunca 1 o 2 veces 1 vez/mes 1 vez/semana Diariamente

3. Durante los últimos 3 meses, ¿ha tenido [Nombre del niño/a] algún episodio o ataque de asma? Sí No No sabe

Si responde **NO**, pase a la sección **Actualización de la Información de Contacto**

Si responde SÍ, ¿cuántas veces?

3.1 \_\_\_\_\_\_ Número de veces

3.2 ¿Ocurrió alguno de estos episodios en la últimas 2 semanas? Sí No

4. Durante los últimos 3 meses, ¿fue [Nombre del niño/a] a la sala de emergencias o una consulta médica urgente a causa de un ataque de asma?

Sí No

*Si responde* ***NO****, pase a la pregunta # 6*

*Si responde* ***SÍ***, ¿fue [Nombre del niño/a] a alguno de los siguientes ligares?

4.1 Sala de emergencias Sí No \_\_\_\_ Número de visitas

4.2 Centro de emergencias Sí No \_\_\_\_ Número de visitas

4.3 Visita urgente al consultorio del doctor Sí No \_\_\_\_ Número de visitas

5. Durante los últimos 3 meses, ¿han hospitalizado a [Nombre del niño/a] (NO incluye las visitas a la sala de emergencias) a causa del asma? Sí No

Si responde **SÍ**, ¿cuántas veces?

5.1 \_\_\_\_ Máximo de días en el hospital

5.2 ¿Necesitó [Nombre del niño/a] quedarse en la Unidad de Cuidados Intensivos?

Sí No No sabe

6. Durante los últimos 3 meses, ¿perdió [Nombre del niño/a] días de escuela a causa del asma? Sí No

Si responde **SÍ**, pregunte: ¿Cuántos días de escuela perdió [Nombre del niño/a]?

6.1 \_\_\_\_\_ Número de días de escuela que perdió [Nombre del niño/a]

**[Incluye solamente los días en que la escuela estaba funcionando]**

6.2 ¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí No

Si responde **SÍ** ¿cuántas veces?

6.2.1\_\_\_\_\_ Número de días de escuela que perdió [Nombre del niño/a]

**[Incluye solamente los días en que la escuela estaba funcionando]**

7. Durante los últimos 3 meses, ¿perdió **USTED** días de trabajo o no pudo realizar sus actividades habituales a causa del asma de [Nombre del niño/a]? Sí No

Si responde **SÍ**, pregunte

7.1 \_\_\_\_\_ Número total de días *(puede dar un número aproximado)*

7.1.1 \_\_\_\_\_ De estos días, ¿cuántos días de trabajo perdió usted?

7.2 ¿Ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí No

Si responde **SÍ**, pregunte

7.2.1\_\_\_\_\_ Número de días de trabajo que usted perdió *(si se aplica)*

7.2.2\_\_\_\_\_ Número de días que usted no pudo realizar otras actividades

8. En los últimos 3 meses, ¿despertó en la noche [Nombre del niño/a] a causa del asma?

Sí No

Si responde **SÍ**, pregunte

8.1 \_\_\_\_\_\_ Número de noches *(puede dar un número aproximado)*

8.2 ¿ocurrió esto en las últimas 2 semanas? Sí No

Si responde **SÍ**, pregunte

8.2.1 \_\_\_\_\_\_ Número de noches

**Información de Contacto**

Números telefónicos: El mismo Nuevo

Casa ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) ( )

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) ( )

Celular ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) ( )

Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) ( )

**Contactos Alternativos**

Números telefónicos: El mismo Nuevo Relación con el entrevistado

Casa ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recuérdele al entrevistado/a recoger el hisopado nasal y el hisopado de la garganta y llamar al coordinador del estudio para que recojan las muestras.**

**También es importante recordarle al entrevistado/a acerca de la importancia de llevar las anotaciones de las enfermedades, los síntomas y otros eventos, como las visitas al doctor, las hospitalizaciones, etc. También pídale que le traiga las anotaciones que haya recogido.**