

Child’s ID# _____

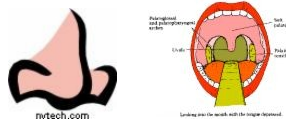
Household ID# _____

Instrucciones:

Si el/la niño/a (que está participando en este estudio) presenta al menos 3 de los siguientes síntomas durante más de 24 horas: **fiebre, nariz tapada/aguada, tos, dolor de garganta, dolores en el cuerpo o cansancio,**

--- por favor haga lo siguiente:

1. Recoja las muestras de la nariz y de la garganta con los hisopos (palitos con punta de algodón) siguiendo las indicaciones que le damos cuando le dejamos los hisopos.



- a. Ponga los hisopos en el refrigerador
- b. Llame al coordinador del estudio al ###.###.####



2. Complete la **Lista de Verificación de la Enfermedad** (en la siguiente página), y mantenga un **Registro de la Enfermedad**



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)

Child’s ID# _____

Household ID# _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Lista de Verificación de Síntomas					
INSTRUCCIONES: Marque en cada cuadro todos los síntomas que se presentaron. Marque “NO” si el síntoma no se presentó.					
Sí (este síntoma estuvo presente)	NO (este síntoma no estuvo presente)	Síntoma	Escala de gravedad (ver nota abajo*)		
			leve 1	moderado 2	grave 3
General					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre (_____°) temperatura., si la sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad/cansancio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmones					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sibilancias, silbido en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz tapada/aguada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazos, piernas, espalda, cuello					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Darle esta lista al técnico junto con las muestras de la nariz/garganta

Fecha en que comenzó el primer síntoma (marcado arriba): ____/____/____ (mm/dd/aaaa)

Fecha en que la madre/cuidador principal recogió la muestra: ____/____/____ (mm/dd/aaaa)

*****Las muestras de la nariz y garganta deben recogerse en las primeras 24-36 horas de haber comenzado los síntomas*****

*****No recoja muestras de la nariz/garganta del niño/a después de 5 días de haber comenzado los síntomas*****

***Escala**

1. leve – el/la niño/a nota una diferencia pero todavía puede realizar las actividades normales de todos los días (jugar, escuela, pasatiempos)
2. moderado – la diferencia la pueden notar otras personas; algo de dificultad y de incapacidad para realizar las actividades normales de todos los días (jugar, escuela, pasatiempos)
3. grave – lo notan otras personas; incapacidad para realizar las actividades normales de todos los días (jugar, escuela, pasatiempos)

Child's ID# _____

Household ID# _____

REGISTRO DE LA ENFERMEDAD



¿Empeoró el asma del niño/a durante la enfermedad? Yes No

¿Se enfermó tanto el/la niño/a que tuvo que ir a ver al doctor? Yes No

¿Le recetó el doctor Tamiflu o Relenza? Yes No

¿Le recetó antibióticos el doctor? Yes No

¿Se enfermó tanto el/la niño/a que tuvo que ser hospitalizado/a y pasar la noche en el hospital para tratamiento?
Yes No

Fecha en que el/la niño/a estaba lo suficientemente bien para realizar actividades normales: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)