

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

Fecha de REFERENCIA: ____/____/____

Estudio sobre factores de riesgo de infecciones por *Clostridium difficile* (CDI) asociados a la comunidad
Entrevista de sujetos de casos y participantes de control adultos

La carga pública de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 30 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0892).

CASO CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

Fecha de REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

ENTREVISTA DE SUJETOS DE CASOS Y PARTICIPANTES DE CONTROL ADULTOS DE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* ASOCIADO A LA COMUNIDAD

SECCIÓN 1: IDENTIFICADORES: SUJETOS DE CASOS Y PARTICIPANTES DE CONTROL

1. CASO CONTROL

2. Identificación del estudio: _____

3. Fecha de referencia: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

2 semanas antes del ____/____/____

4 semanas antes del ____/____/____

12 semanas antes del ____/____/____

4. Edad (años)

5. Sexo Masculino Femenino

SECCIÓN 2: PREGUNTAS SOBRE ENFERMEDADES- ***SUJETOS DE CASOS SOLAMENTE*****PARA LOS PARTICIPANTES DE CONTROL PASE A LA SECCIÓN 3, P. 10*******

Ahora, le haré preguntas sobre su enfermedad.

6. ¿Cuántos días le duró la diarrea?

No sabe/No está seguro 7

Se negó a responder.....9

6A. ¿En el peor día de su diarrea, cuál fue el número aproximado de deposiciones que tuvo en un período de 24 horas?

3 o más, pero menos de 5 deposiciones 1

De 5 a 10 deposiciones.....2

Más de 10 deposiciones3

No sabe/No está seguro.....7

Se negó a responder.....9

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

7. ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas asociados a la enfermedad por *Clostridium difficile*?

[LEA LA LISTA].	Sí	No	No sabe/No está seguro	Se negó a responder
Heces sanguinolentas	1	2	7	9
Fiebre	1	2	7	9
Náuseas	1	2	7	9
Vómitos	1	2	7	9
Dolor abdominal	1	2	7	9
Otro	1	2		

Especifique: _____

8. 12. ¿Pasó una noche en el hospital debido a la infección por *Clostridium difficile*?

- Sí.....1
 No.....2
 No sabe/No está seguro.....7
 Se negó a responder.....9

8A. Si la respuesta es Sí, indique dónde: _____

(el nombre del hospital no se transmitirá a los CDC)

9. ¿En el momento en que le diagnosticaron la infección por *Clostridium difficile*, le informó un médico o proveedor de atención médica que tenía alguna otra infección estomacal causada por alguna otra bacteria [intestinal, gastrointestinal]?

- Sí.....1
 No.....2 (Pase a la P.10).
 No sabe/No está seguro.....7 (Pase a la P.10).
 Se negó a responder.....9 (Pase a la P.10).

9A. Si la respuesta es Sí, ¿cuál era el nombre de la infección?

[Lea lista si es necesario].	Sí	No	No sabe/No está seguro	Se negó a responder
<i>Campylobacter</i>	1	2	7	9
<i>Escherichia coli</i>	1	2	7	9
<i>Listeria</i>	1	2	7	9
<i>Salmonella</i>	1	2	7	9
<i>Shigella</i>	1	2	7	9
<i>Vibrio</i>	1	2	7	9
<i>Yersinia</i>	1	2	7	9
<i>Cryptosporidium</i>	1	2	7	9
<i>Giardia</i>	1	2	7	9
<i>Rotavirus</i>	1	2	7	9
<i>Norovirus</i>	1	2	7	9
Otra	1	2		

Especificar: _____

SECCIÓN 3: CONTACTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD: SUJETOS DE CASOS Y PARTICIPANTES DE CONTROL

Ahora le preguntaré sobre los contactos de atención de la salud entre el [12 semanas antes de la fecha de referencia ____/____/____] y el [fecha de referencia ____/____/____].

10. ¿Recibió atención médica en un consultorio médico o dental, un hospital o en cualquier otro establecimiento médico en las 12 semanas anteriores al [FECHA DE REFERENCIA ____/____/____]?

- Sí..... 1
 No.....2 (Pase a la P.11).
 No sabe/No está seguro.....7 (Pase a la P.11).

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Se negó a responder.....9 (**Pase a la P.11**).

10A. Ahora le preguntaré sobre los tipos de lugares que visitó para recibir atención médica y cuándo los visitó. ¿Visitó alguno de los siguientes lugares?

[LEA LA LISTA].	SI=1	NO=2	No sabe/No está seguro=7	Se negó a responder=9	Si la respuesta es sí, ¿cuántas semanas antes del (fecha de referencia ____/____/____) fue a este lugar?		
					2 semanas	4 semanas	12 semanas
Centro de procedimientos para pacientes ambulatorios							
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios							
Consultorio dental							
Consultorio médico							
Sala de emergencia							
Centro de hemodiálisis							
Hospital							
Laboratorio para pacientes ambulatorios							
Centro de fisioterapia							
Centro de urgencias							
Otro							

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

SI RESPONDE NO A TODAS LAS OPCIONES DE LA P.10, entonces PASE A la P.11.

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

10B. ¿En alguna de las visitas en las 12 semanas anteriores al (fecha de referencia ____/____/____) le hicieron alguno de los siguientes procedimientos?

****Si el sujeto contesta Sí a visitas dentales, pero solamente en 10A, pregunte solamente sobre los dos últimos puntos (cirugía bucal y limpieza dental)*****

[LEA LA LISTA].	SI=1	NO=2	No sabe/No está seguro=7	Se negó a responder =9	Si la respuesta es sí, ¿cuantas semanas antes del (fecha de referencia ____/____/____) tuvo lugar este procedimiento?		
					2 semanas	4 semanas	12 semanas
Endoscopia superior (¿Le pasaron un tubo por la nariz o la boca para llegar al estómago?)							
Colonoscopia o sigmoidoscopia (¿Le pasaron un tubo por el recto para observar el colon o los intestinos?)							
Radiografía con preparación gastrointestinal (¿Le hicieron una radiografía para la cual tuvo que tragar algo antes de que se la hicieran?)							
Quimioterapia							
Operación en sala de operaciones como paciente ambulatorio Si responde sí, especifique el tipo:							
Otro procedimiento médico:							
Cirugía bucal							
Limpieza dental							

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

11. ¿Acompañó a alguien a un consultorio médico o dental, hospital, hogar de ancianos o a cualquier otro establecimiento médico, o visitó a alguien en alguno de estos lugares en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]?

- Sí..... 1
- No.....2 **(Pase a la P.12).**
- No sabe/No está seguro7 **(Pase a la P.12).**
- Se negó a responder.....9 **(Pase a la P.12).**

11A. ¿A qué tipo de instalación médica acompañó a alguien o visitó a alguien en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]?

[LEA LA LISTA].	SI=1	NO=2	No sabe/No está seguro=7	Se negó a responder=9	Si la respuesta es sí, ¿cuántas semanas antes del (fecha de referencia ____/____/____) fue a ese lugar?		
					2 semanas	4 semanas	12 semanas
Centro de procedimientos para pacientes ambulatorios							
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios							
Consultorio dental							
Consultorio médico							
Sala de emergencia							
Centro de hemodiálisis							
Hospital							
Centro de atención a largo plazo o centro especializado de enfermería							
Laboratorio para pacientes ambulatorios							
Centro de fisioterapia							
Centro de urgencias							
Otro							

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 4: CONTACTOS EN LA CASA

Las próximas preguntas son sobre usted y las personas que vivieron con usted en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____].

12. ¿Cuántas personas vivían en su casa durante ese tiempo, incluyéndose usted? € Si la respuesta es una (el sujeto vive solo) pase a la P.19.

12A. ¿Cuántas personas de las que vivían en su casa, sin incluirse usted, pertenecían a cada uno de los siguientes grupos de edades? [Indique el número de personas en cada grupo].

Edades € Menos de 1 € De 1 a 3 € De 4 a 10 € De 11 a 17 € De 18 a 34 € De 35 a 59 € Más de 60

13. ¿Alguna de las personas en su casa (sin incluirse usted) usó pañales? (Incluye a los adultos que usan pañales de adulto).

Sí..... 1
No.....2
No sabe/No está seguro.....7
Se negó a responder.....9

14. ¿Alguna de las personas en su casa (sin incluirse usted) asistió a un centro de cuidados diurnos en un entorno de grupo, ya sea para el cuidado de niños o de adultos? Consideramos que un centro de cuidados diurnos es cualquier lugar dentro o fuera de la casa donde un miembro de la familia pasa al menos 4 horas a la semana al cuidado de un adulto con al menos dos niños o adultos que no viven con usted.

Sí..... 1
No.....2 (Pase a la P. 15).
No sabe/No está seguro.....7 (Pase a la P.15).
Se negó a responder.....9 (Pase a la P. 15).

14A. Si la respuesta es sí, ¿qué miembros de la familia asistieron a un centro de cuidados diurnos y qué tipo de entorno era? [Lea la lista de los tipos de entornos si es necesario]

Grupo de EDAD	Tipo de entorno de cuidados diurnos					
	Domiciliario	Centro de cuidados	Niñera	Otro (especifique)	No sabe	Se negó a responder
Menos de 1	1	2	3		7	9
De 1 a 3	1	2	3		7	9
De 4 a 10	1	2	3		7	9
De 11 a 17	1	2	3		7	9
De 18 a 34	1	2	3		7	9
De 35 a 59	1	2	3		7	9
Más de 60	1	2	3		7	9

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Cuidado **domiciliario** es el que se brinda en la casa de la persona, típicamente por parte de una persona. Cuidado en un **centro** es el que se brinda típicamente en un edificio comercial con varios proveedores y varias salas...

Niñera o proveedor de cuidado compartido, es cuando dos o más familias comparten una niñera o un proveedor de cuidado para cuidar de su familiar ya sea a tiempo completo o parcial.

15. ¿En las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____] pasó algún miembro de la familia la noche en el hospital?

- Sí.....1
- No.....2
- No sabe/No está seguro.....7
- Se negó a responder.....9

16. ¿En las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____] pasó algún miembro del hogar una noche en un hogar de ancianos?

- Sí.....1
- No.....2
- No sabe/No está seguro.....7
- Se negó a responder.....9

17. ¿En las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____] tuvo diarrea otra persona que viva en la casa?

- Sí.....1
- No.....2 **(Pase a la P.18).**
- No sabe/No está seguro.....7 **(Pase a la P.18).**
- Se negó a responder.....9 **(Pase a la P.18).**

17A. **Si la respuesta es sí**, ¿ayudó a dicha persona con su higiene personal (incluido el cambio de pañales)?

- Sí.....1
- No.....2
- No sabe/No está seguro.....7
- Se negó a responder.....9

17B. ¿A esta persona le diagnosticaron la infección por *Clostridium difficile*?

- Sí.....1
- No.....2
- No sabe/No está seguro.....7
- Se negó a responder.....9

18. ¿Alguna de las personas de su casa trabajó o se desempeñó como voluntario, sin importar la función que cumpliera, en un hospital o cualquier otra instalación médica o lugar donde se proveyera atención a pacientes en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]?

- Sí..... 1

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

No.....2 (Pase a la P.19).

No sabe/No está seguro7 (Pase a la P.19).

Se negó a responder.....9 (Pase a la P.19).

18A. Si la respuesta es sí, ¿en qué tipo de establecimiento de atención médica?

[LEA LA LISTA]	Sí	No	No sabe/No está seguro	Se negó a responder
Hospital	1	2	7	9
Departamento de emergencia	1	2	7	9
Consultorio médico	1	2	7	9
Dentista	1	2	7	9
Centro de atención a largo plazo (centro especializado de enfermería)	1	2	7	9
Centro de hemodiálisis	1	2	7	9
Otro	1	2		

Especificar: _____

18B. ¿Su trabajo implicaba contacto físico directo con los pacientes? Por ejemplo, tocar al paciente para ayudarlo a levantarse de la silla.

Sí.....1

No.....2 (Pase a la P.19).

No sabe/No está seguro7 (Pase a la P.19).

Se negó a responder.....9 (Pase a la P.19).

18B1. Si la respuesta es sí, ¿cuál era su función principal?

18B2. Código de ocupación €€-€€€€€€ (Coloque el código de la ocupación después de terminar la entrevista)

19. ¿Usted trabajó o se desempeñó como voluntario, sin importar la función que cumpliera, en un hospital o cualquier otra instalación médica o lugar donde se proveyera atención a pacientes en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]?

Sí.....1

No.....2 (Pase a la P.20).

No sabe/No está seguro7 (Pase a la P.20).

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Se negó a responder.....9 (Pase a la P.20).

19A. Si la respuesta es sí, ¿en qué tipo de establecimiento de atención médica?

[LEA LA LISTA].	Sí	No	No sabe/No está seguro	Se negó a responder
Hospital	1	2	7	9
Departamento de emergencia	1	2	7	9
Consultorio médico	1	2	7	9
Consultorio dental	1	2	7	9
Centro de atención a largo plazo (centro especializado de enfermería)	1	2	7	9
Centro de hemodiálisis	1	2	7	9
Otro	1	2		

Especificar: _____

19B. ¿El trabajo que hizo implicó entrar en contacto físico directo con los pacientes? Por ejemplo, tocar al paciente para ayudarlo a levantarse de la silla.

- Sí.....1
- No.....2 (Pase a la P.20).
- No sabe/No está seguro.....7 (Pase a la P.20).
- Se negó a responder.....9 (Pase a la P.20).

19B1. Si la respuesta es sí, ¿cuál era su función principal?

19B2. Código de ocupación €€-€€€€€€ (Coloque el código de la ocupación después de terminar la entrevista).

20. ¿Asistió a un centro de cuidados diurnos para adultos en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]? Consideramos que un centro de cuidados diurnos es cualquier lugar dentro o fuera de la casa donde un miembro de la familia pasa al menos 4 horas a la semana al cuidado de un adulto con al menos dos niños o adultos que no viven con usted.

- Sí.....1
- No.....2 (Pase a la P. 21).
- No sabe/No está seguro.....7 (Pase a la P.21).
- Se negó a responder.....9 (Pase a la P. 21).

20A. Si la respuesta es sí, ¿en qué tipo de establecimiento de cuidados diurnos? [Lea la lista si es necesario].

Cuidado domiciliario es el que se brinda en la casa de la persona, típicamente por parte de una persona.....1

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Cuidado en un **centro** es el que se brinda típicamente en un edificio comercial con varios proveedores y varias salas... 2

Niñera / proveedor de cuidado compartido, es cuando dos o más familias comparten una niñera o un proveedor de cuidado para cuidar de su familiar ya sea a tiempo completo o parcial. 3

Otro 4

Especifique: _____

No sabe/No está seguro 7

Se negó a responder 9

SECCIÓN 5: EXPOSICIÓN A TRAVÉS DE LOS ALIMENTOS

Me gustaría cambiar de tema y preguntarle sobre los alimentos que generalmente come en una semana dada y el tipo de agua que bebe.

21. ¿Lo alimentaron con alimentos o fórmula mediante una sonda de yeyunostomía (en inglés *G-tube* o *J-tube*) en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]?

Sí.....1

No.....2

No sabe/No está seguro.....7

Se negó a responder.....9

22. ¿En una semana típica, con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

[LEA LA LISTA].	A menudo	Algunas veces	Rara vez	Nunca	No sabe/No está seguro	Se negó a responder
	Más de 5 veces a la semana	De 2 a 5 veces a la semana	Menos de 2 veces a la semana	Nunca		
Huevos	1	2	4	5	7	9
Lácteos (leche yogur)	1	2	4	5	7	9
Verduras frescas crudas	1	2	4	5	7	9
Proteínas provenientes de vegetales (tofu, tempe, seitán)	1	2	4	5	7	9
Carnes rojas (carne de res, cordero, cerdo y otras carnes de caza)	1	2	4	5	7	9
Aves (pollo, pavo)	1	2	4	5	7	9
Pescados y mariscos	1	2	4	5	7	9

23. Escoja una de las opciones siguientes como la fuente principal de agua en su casa (escoja solamente una):

red de agua pública pozo particular manantial no sabe otra

Nombre de la distribuidora de agua pública, si se sabe: _____

Si escogió otra, especifique el tipo y la ubicación _____

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

23A. ¿Qué tipo de agua sin hervir usan con más frecuencia para beber en su casa? (escoja solamente una opción)

_____ Agua directamente del grifo, sin hacerle tratamiento.

_____ Agua del grifo, tratada en la casa (por ejemplo, filtrada, tratada con luz ultravioleta, destilada o con un sistema de un punto de entrada que trata el agua de toda la casa).

_____ Agua embotellada comercialmente.

_____ Otra _____

SECCIÓN 6: ANTECEDENTES MÉDICOS

Las próximas series de preguntas son sobre los medicamentos que haya tomado en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]. Los envases y los registros que guarde de los medicamentos lo pueden ayudar a acordarse de medicamentos específicos. ¿Le gustaría buscar esa información antes de continuar?

24. ¿Tomó algún antibiótico por boca o le administraron antibióticos por la vena en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]?

Sí.....1

No.....2 (Pase a la P.28).

No sabe/No está seguro7 (Pase a la P.28).

Se negó a responder.....9 (Pase a la P.28).

24A. ¿Por qué tomó los antibióticos?

Nota: Los sujetos podrían dar más de una razón (por ejemplo, si tuvo más de un tratamiento con antibióticos para tratar diferentes enfermedades o si tomó un solo antibiótico para tratar otitis y neumonía).

[NO LEA LA LISTA].	Sí	No
Acné	1	2
Bronquitis o neumonía	1	2
Limpieza dental	1	2
Infección de las vías respiratorias superiores, de los oídos, sinusitis	1	2
Infección del ojo	1	2
Cirugía bucal	1	2
Infección en la piel o los tejidos blandos (absceso o celulitis)	1	2
Cirugía	1	2
Infección urinaria	1	2

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Tratamiento profiláctico de infección urinaria	1	2
Se negó a responder	9	9
No sabe/No está seguro	7	7
Otro	1	2
Especifique: _____		

24B. ¿Qué antibióticos tomó en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]? **[NO LEA LA LISTA].**

[NO LEA LA LISTA].		<i>Si la respuesta es sí, ¿cuántas semanas antes del (fecha de referencia ____/____/____) tomó este antibiótico?</i>		
	SÍ	2 semanas	4 semanas	12 semanas
Amoxicilina	1			
Amoxicilina y clavulanato	1			
Ampicilina	1			
Augmentine	1			
Azitromicina	1			
Bactrim (cotrimoxazol o sulfametoxazol y trimetoprima)	1			
Biaxin (claritromicina)	1			
Ceclor (ceftaclor)	1			
Cefaclor	1			
Cefadroxilo	1			
Cefdinir	1			
Ceftin	1			
Cefixima	1			
Cefuroxima	1			
Cefzil (cefprozilo)	1			
[NO LEA LA LISTA].		<i>Si la respuesta es sí, ¿cuántas semanas antes del (fecha de referencia ____/____/____) tomó este antibiótico?</i>		
		2 semanas	4 semanas	12 semanas
Cefradina	1			
Ciprofloxacino o Cipro	1			
Claritromicina	1			
Cleocin (clindamicina)	1			
Clindamicina	1			
Dapsona	1			
Doxiciclina	1			
Duricef (cefadroxilo)	1			
Eritromicina	1			
Eritromicina sulfa (eritromicina y sulfisoxazol)	1			
Flagyl (metronizadol)	1			
Floxin (ofloxacino)	1			

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Keflex (cefalexina)	1			
Keftab (cefalexina)	1			
Levofloxacin	1			
Levoquin (levofloxacin)	1			
Monurol (fosfomicina)	1			
Metronidazol	1			
Norfloxacin o Norflox	1			
Ofloxacin u Oflox	1			
Omnicef (cefdinir)	1			
Penicilina o Pen VK (con potasio)	1			
Pediazole (eritromicina y sulfisoxazol)	1			
Septra (cotrimoxazol o sulfametoxazol y trimetoprima)	1			
Suprax (cefixima)	1			
Tetraciclina	1			
Trimox (penicilina)	1			
Trimetoprima sulfa (trimetoptina y sulfametoxazol)	1			
Vancomicina	1			
Zithromax o Z-Pak (azitromicina)	1			
Clindamicina	1			
Otro antibiótico 1	1			
Especifique: _____	1			
Otro antibiótico 2	1			
Especifique: _____	1			
No sabe/No está seguro	7			
Se negó a responder	9			

25. ¿Usó gotas oftálmicas antibióticas en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]?

Sí.....1

No.....2 (**Pase a la P.26**).

No sabe/No está seguro7 (**Pase a la P.26**).

Se negó a responder.....9 (**Pase a la P.26**).

25 A. **Si la respuesta es sí, ¿cuál es el nombre de las gotas? (Lea la lista si es necesario).**

Polytrim (Polimixina sulfato o trimetoprima [TMP]).....1

Ciloxan (Ciprofloxacino).....2

Ocuflox (Ofloxacin).....3

Vigamox, Moxeza (Moxifloxacino).....4

Otro.....9

Especifique: _____

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

26. En las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____], ¿tomó algún medicamento reductor de la acidez de forma regular para el tratamiento de exceso de ácido estomacal, acidez o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)? Definimos uso regular como el uso del producto al menos 3 días a la semana. Estos medicamentos incluyen, entre otros, Tums, Prevacid, Maalox, Mylanta, Tagamet, Zantac, Prilosec y Nexium.

- Sí.....1
- No.....2 (**Pase a la P.27**).
- No sabe/No está seguro.....7 (**Pase a la P.27**).
- Se negó a responder.....9 (**Pase a la P.27**).

26A. **Si la respuesta es Sí**, especifique cuál de los medicamentos tomó de forma regular en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]

[NO LEA LA LISTA].	SI=1	NO=2	Si la respuesta es sí, ¿durante cuántas semanas antes del [fecha de referencia ____/____/____] tomó este medicamento?		
			2 semanas	4 semanas	12 semanas
Aciphex (rabeprazol)	1	2			
Alka-Seltzer (bicarbonato sódico)	1	2			
Maalox (hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio y simeticona)	1	2			
Mylanta (hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio y simeticona)	1	2			
Nexium (esomeprazole)	1	2			
Pepcid (famotidina)	1	2			
Prevacid (lansoprazol)	1	2			
Prilosec (omeprazol)	1	2			
Protonix (pantoprazol)	1	2			
Roloids (carbonato de calcio e hidróxido de magnesio)	1	2			
Tums (carbonato de calcio)	1	2			
Tagamet (cimetidina)	1	2			
Zantac (ranitidine)	1	2			
Otro:	1	2			
No sabe/No está seguro	7	7			
Se negó a responder	9	9			

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Si la respuesta es sí, en las
2 semanas anteriores

Ahora le preguntaré sobre los medicamentos que se dan para muchas cosas como el dolor crónico, la depresión, la ansiedad, para dejar de fumar y para ayudar con el sueño. Le preguntamos sobre estos medicamentos para determinar si podrían poner a las personas en riesgo de contraer *Clostridium difficile*. Algunos ejemplos de estos medicamentos son los siguientes: Prozac, Celexa, Remeron, Paxil y Trazadone.

27. En las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____], ¿tomó alguno de estos medicamentos de forma regular? Definimos uso regular como el uso del producto al menos 3 días a la semana.

Sí.....1

No.....2 **(Pase a la P.28).**

No sabe/No está seguro.....7 **(Pase a la P.28).**

Se negó a responder.....9 **(Pase a la P.28).**

27A. **Si la respuesta es sí**, especifique cuál de los medicamentos tomó de forma regular en las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]

€ CASO

Identificación del paciente: _____
 Identificación del estado: _____

[NO LEA LA LISTA].

€ CONTROL

Si la respuesta es sí, ¿durante cuántas semanas antes del [fecha de referencia _____/_____/_____] tomó este medicamento?

2 semanas 4 semanas 12 semanas

SÍ **NO**

FECHA DE RECEPCIÓN

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

____/____/____

Si la respuesta es sí, en las

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____ / ____ / ____
(mm/dd/aaaa)

2 semanas anteriores

A continuación le preguntaré sobre afecciones que quizás haya tenido.

28. **Antes del** [fecha de referencia ____ / ____ / ____], ¿le informó un proveedor médico que tenía alguna de las siguientes afecciones?

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

[LEA LA LISTA, incluida la información que aparece entre paréntesis]

LEA LA LISTA	Sí	No	No sabe/No está seguro	Se negó a responder
Diabetes				
Ataque cardíaco				
Insuficiencia cardíaca congestiva				
Accidente cerebrovascular (apoplejía)				
Presión arterial alta				
Enfermedad vascular periférica (claudicación intermitente, gangrena, derivación arterial periférica, derivación arterial)				
Insuficiencia renal crónica (de los riñones)				
Si la respuesta es sí, ¿está en tratamiento de diálisis o esperando empezarlo?				
Enfermedad pulmonar crónica (epoc, enfisema)				
Asma				
Fibrosis quística				
Infección crónica por el virus de la hepatitis B				
Infección crónica por el virus de la hepatitis C				
Trasplante de órganos				
Trasplante de médula ósea				
Leucemia o linfoma				
Anemia drepanocítica (no el rasgo drepanocítico)				
Tumor sólido canceroso (por ejemplo, del hueso, hígado, cerebro)				
Síndrome del intestino corto (insuficiencia intestinal)				
Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa)				
Lupus				
Artritis reumatoide				
Depresión				
Otras enfermedades:				

29. Existe algo de evidencia de que el peso de una persona podría afectar la infección por *Clostridium difficile*. ¿Cuánto mide y pesa?

Altura: _____ Pies pulg. o _____ cm

Peso: _____ Libras o _____ kg

No sabe/No está seguro....7

Se negó a responder.....9

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas finales.

30. De los siguientes grupos, ¿a cuál considera usted que pertenece? [Lea las respuestas 1 y 2]

() 1 Hispano o latino

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

- () 2 Ni hispano ni latino
- () 7 No sabe/No está seguro (NO LEER)
- () 9 Se negó a responder (NO LEER)
- () 10. Otra categoría racial (NO LEER)

31. Le voy a leer una lista de categorías de razas. De las siguientes, ¿a cuál o cuáles considera usted que pertenece? **[Lea las respuestas 1 a 5 y permita que el encuestado seleccione una o más]**

- () 1 Blanca o caucásica
- () 2 Negra o afroamericana
- () 3 Indoamericana o nativa de Alaska
- () 4 Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
- () 5 Asiática
- () 7 No sabe/No está seguro (NO LEER)
- () 9 Se negó a responder (NO LEER)
- () 10. Otra categoría racial (NO LEER)

32. ¿En qué trabaja? _____

33. ¿Cuál fue su tipo de cobertura de salud principal durante las 12 semanas anteriores al [fecha de referencia ____/____/____]? **Leeré todas las opciones.**

- Seguro privado, como una HMO, PPO o plan de atención médica administrada..... 1
- Seguro de salud público, como Medicaid, Medicare o un programa de asistencia del estado..... 2
- Una combinación de seguro médico privado y público..... 3
- No tuvo seguro de salud..... 4
- NO LEER: Otro [especifique] _____ 8
- No sabe o no está seguro..... 7
- Se negó a responder..... 9

Debido a que el nivel de educación alcanzado y los ingresos pueden afectar el acceso a atención de la salud, me gustaría hacerle un par de preguntas sobre este tema.

34. ¿Cuál es el grado escolar o nivel de educación más alto que completó?

- ___ 1 Nunca fue a la escuela o solo fue al kínder
- ___ 2 Escuela primaria o media; 1.º-8.º grado
- ___ 3 Comenzó la escuela secundaria; 9.º-11.º grado
- ___ 4 Completó la escuela secundaria; 12.º grado o GED (grado de equivalencia)
- ___ 5 Universidad o escuela técnica por 1-3 años
- ___ 6 Universidad por 4 años, con o sin título
- ___ 9 Se negó a responder

35. ¿CUÁLES SON TODOS LOS INGRESOS BRUTOS ANUALES DE SU HOGAR, INCLUIDOS LOS INGRESOS DE SEGURO SOCIAL Y PENSIONES? **LEA CADA UNA DE LAS RESPUESTAS EN ORDEN HASTA QUE EL ENCUESTADO INDIQUE UNA.**

- ___ 0 Estudiante universitario que depende económicamente de otras personas
- ___ 1 Menos de \$15,000
- ___ 2 Menos de \$25,000
- ___ 3 Menos de \$35,000
- ___ 4 Menos de \$45,000
- ___ 5 Menos de \$70,000
- ___ 6 \$70,000 o más

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

___ 3 Menos de \$35,000

___ 7 No sabe o no está seguro

___ 4 Menos de \$50,000

___ 9 Se negó a responder

Con esta pregunta terminamos la entrevista. ¡Muchas gracias por su tiempo y participación!

36. Comentarios: _____

37. ¿Se completó la entrevista? € Sí € No

38. Fecha de la entrevista: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

39. Iniciales de la persona que lleva a cabo la entrevista: _____

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Apéndice de la entrevista de salud: códigos de ocupaciones

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y PRESUPUESTOS: Clasificación estándar de ocupaciones de 1998

- 29-0000 Profesionales de la práctica médica y ocupaciones técnicas
 - 29-1000 Profesionales médicos de diagnóstico y tratamiento
 - 29-1010 Quiroprácticos
 - 29-1020 Dentistas
 - 29-1021 Dentistas, en general
 - 29-1022 Cirujanos bucales y maxilofaciales
 - 29-1023 Ortodoncista
 - 29-1024 Especialistas en prótesis dentales
 - 29-1029 Dentistas, todos los demás especialistas
 - 29-1030 Dietistas y nutricionistas
 - 29-1040 Optometrista
 - 29-1050 Farmacéuticos
 - 29-1060 Médicos y cirujanos
 - 29-1061 Anestesiólogos
 - 29-1062 Médico familiar y general
 - 29-1063 Internistas, en general
 - 29-1064 Obstetras y ginecólogos
 - 29-1065 Pediatras, en general
 - 29-1066 Siquiatras
 - 29-1067 Cirujanos
 - 29-1069 Médicos y cirujanos, todos los demás
 - 29-1070 Auxiliares médicos
 - 29-1080 Podiatras
 - 29-1110 Enfermeros certificados
 - 29-1120 Terapeutas
 - 29-1121 Audiólogos
 - 29-1122 Terapeutas ocupacionales
 - 29-1123 Fisioterapeutas
 - 29-1124 Radioterapeutas
 - 29-1125 Terapeuta recreacional
 - 29-1126 Terapeutas de la respiración
 - 29-1127 Patólogos del habla y el lenguaje
 - 29-1129 Terapeutas, todos los demás
 - 29-1130 Veterinarios
 - 29-1190 Profesionales médicos de diagnóstico y tratamiento diversos
 - 29-1199 Profesionales médicos de diagnóstico y tratamiento, todos los demás
 - 29-2000 Tecnólogos y técnicos de la salud
 - 29-2010 Tecnólogos y técnicos de laboratorios clínicos
 - 29-2011 Tecnólogos de laboratorios clínicos y médicos
 - 29-2012 Técnicos de laboratorios clínicos y médicos
 - 29-2020 Higienistas dentales
 - 29-2030 Tecnólogos y técnicos en lo relativo a diagnósticos
 - 29-2031 Tecnólogos y técnicos cardiovasculares
 - 29-2032 Ecografistas médicos de diagnóstico
 - 29-2033 Tecnólogos de medicina nuclear
 - 29-2034 Tecnólogos y técnicos de radiología
 - 29-2040 Técnicos y paramédicos médicos especialistas en emergencias
 - 29-2050 Técnicos de apoyo al médico tratante y de diagnóstico
 - 29-2051 Técnicos dietistas
 - 29-2052 Técnicos de farmacia

€ CASO € CONTROL

Identificación del paciente: _____

Identificación del estado: _____

FECHA DE REFERENCIA: ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

- 29-2053 Técnicos siquiátricos
- 29-2054 Técnicos de terapia respiratoria
- 29-2055 Tecnólogos quirúrgicos
- 29-2056 Tecnólogos y técnicos veterinarios
- 29-2060 Auxiliares licenciados de enfermería y enfermeros licenciados con práctica en consultorios privados
- 29-2070 Técnicos de información de la salud y registros médicos
- 29-2080 Óptico
- 29-2090 Tecnólogos y técnicos de la salud, varios
 - 29-2091 Ortésicos y protésicos
 - 29-2099 Tecnólogos y técnicos de la salud, todos los demás
- 29-9000 Otros profesionales de la práctica médica y ocupaciones técnicas
 - 29-9010 Técnicos y especialistas de la salud y seguridad ocupacional
 - 29-9011 Especialistas de la salud y seguridad ocupacional
 - 29-9012 Técnicos de la salud y seguridad ocupacional
- 29-9090 Especialistas de la práctica médica y trabajadores técnicos, varios
 - 29-9091 Entrenadores atléticos
 - 29-9099 Especialistas de la práctica médica y trabajadores técnicos, todos los demás
- 31-0000 Ocupaciones de apoyo a la salud
 - 31-1000 Auxiliares de salud a domicilio, siquiátricas y de enfermería
 - 31-1010 Auxiliares de salud a domicilio, siquiátricas y de enfermería
 - 31-1011 Auxiliares de salud a domicilio
 - 31-1012 Auxiliares de enfermería, personal de mantenimiento y ayudantes del lugar
 - 31-1013 Auxiliares siquiátricos
 - 31-2000 Auxiliares y asistentes de fisioterapia y terapia ocupacional
 - 31-2010 Auxiliares y asistentes de terapia ocupacional
 - 31-2011 Asistentes de terapia ocupacional
 - 31-2012 Auxiliares de terapia ocupacional
 - 31-2020 Auxiliares y asistentes de fisioterapia
 - 31-2021 Asistentes de fisioterapia
 - 31-2022 Auxiliares de fisioterapia
- 31-9000 Otras ocupaciones de apoyo de la salud
 - 31-9010 Masoterapia
 - 31-9090 Ocupaciones de apoyo a salud, varias
 - 31-9091 Asistentes dentales
 - 31-9092 Asistentes médicos
 - 31-9093 Preparadores de equipos médicos
 - 31-9094 Transcripcionistas médicos
 - 31-9095 Auxiliares de farmacia
 - 31-9096 Asistentes veterinarios y cuidadores de animales de laboratorio
 - 31-9099 Trabajadores de apoyo de la salud, todos los demás

MLS-244455