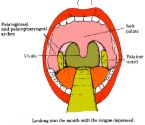
**Instrucciones:**

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:

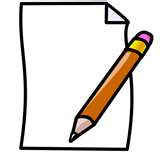
1. Recoja las muestras de la nariz y de la garganta con los hisopos (palitos con punta de algodón) siguiendo las indicaciones que le dimos cuando le dejamos los hisopos.

[](http://images.search.yahoo.com/search/%20http:/images.search.yahoo.com/search/images/view?back=http://images.search.yahoo.com/search/images?_adv_prop=image&fr=yfp-t-501&va=nose+clipart&sz=all&w=100&h=103&imgurl=previews2.nvtech.com/01/tf05058/NVTech_cart1218.jpg&rurl=http://dir.nvtech.com/People/Body_Parts/Nose/nose2.html&size=4.9kB&name=NVTech_cart1218.jpg&p=nose+clipart&type=jpeg&no=11&tt=98&oid=546b3cad1d63be8e&ei=ISO-8859-1) [](http://images.search.yahoo.com/search/images/view?back=http://images.search.yahoo.com/search/images?_adv_prop=image&va=medical+clipart&sz=all&ei=UTF-8&imgsz=all&fr=yfp-t-482&b=541&w=580&h=502&imgurl=www.arthursclipart.com/medical/digescol/mouth.gif&rurl=http://www.arthursclipart.com/medical/digescol.htm&size=11.7kB&name=mouth.gif&p=medical+clipart&type=gif&no=560&tt=4,227&oid=bd84403c47cd50d0&ei=UTF-8)

1. Ponga los hisopos en el refrigerador 
2. Llame al coordinador del estudio al ###.###.####

[](http://rds.yahoo.com/_ylt=A0WTbx68SaZM7zwAZL.JzbkF;_ylu=X3oDMTBwbHNqZGVnBHBvcwMyBHNlYwNzcgR2dGlkA0kxMjlfNzk-/SIG=1ninn1dnp/EXP=1286052668/**http:/images.search.yahoo.com/images/view?back=http://images.search.yahoo.com/search/images?p=clip+art+phone&ei=utf-8&vm=r&y=Search&fr=yfp-t-701&w=487&h=667&imgurl=symphony.lotus.com/software/lotus/symphony/gallery.nsf/atom_clipArt/A7DA14627387BA128525759600337681/$File/MobilePhone01.png&rurl=http://symphony.lotus.com/software/lotus/symphony/gallery.nsf/atom_clipArt/A7DA14627387BA128525759600337681&size=32KB&name=mobile+phone+cli...&p=clip+art+phone&oid=b91a0e6c7eab7f4f450d071c927b4824&fr2=&no=2&tt=215000&sigr=13bd4e2d7&sigi=13s1s5r93&sigb=1314ar7ko)

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

[](http://rds.yahoo.com/_ylt=A0WTbx_oTKZMhCIAF3.JzbkF;_ylu=X3oDMTBxOGNpYmV1BHBvcwMyMgRzZWMDc3IEdnRpZANJMTI5Xzc5/SIG=1mfddj53n/EXP=1286053480/**http:/images.search.yahoo.com/images/view?back=http://images.search.yahoo.com/search/images?p=clip+art+paper+and+pencil&b=21&ni=20&ei=utf-8&vm=r&y=Search&xargs=0&pstart=1&fr=yfp-t-701&w=500&h=500&imgurl=www.clipartpal.com/_thumbs/pd/education/note.png&rurl=http://www.clipartpal.com/clipart_pd/education/notebook_10928.html&size=24KB&name=...+clip+art,+im...&p=clip+art+paper+and+pencil&oid=fbd2e5cae32ac7955cfc8761f510d0db&fr2=&no=22&tt=9600&b=21&ni=20&sigr=1221ubits&sigi=11g6ssomh&sigb=1484d56e8)

*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)*

**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) |  | Síntoma | Escala de gravedad (ver nota abajo\*) | | |
| NO  (este síntoma no estuvo presente) | leve  1 | moderado  2 | grave  3 |
|  |  | **General** | | | |
| 🞎 | 🞎 | Fiebre (\_\_\_\_\_\_°) temperatura., si la sabe | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 | Escalofríos | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 | Debilidad/cansancio | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
|  |  | **Pulmones** | | | |
| 🞎 | 🞎 | Tos | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 | Sibilancias, silbido en el pecho | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 | Dificultad para respirar | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 | Nariz tapada/aguada | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 | Dolor de garganta | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 | Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
|  |  | **Brazos, piernas, espalda, cuello** | | | |
| 🞎 | 🞎 | Dolores musculares | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 | Dolores en las articulaciones | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 | Dolor de cabeza | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 | Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

*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\*\*\***

**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)