

Child's ID# _____

Household ID# _____

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):

- a) Seguimiento a los 3 meses (post-remediación)
- b) 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)

2.1	Influenza (flu) o resfriado	Sí	No	No sabe	Número
	(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

2.2	Neumonía o Pulmonía	Sí	No	No sabe	Número
2.3	Bronquitis	Sí	No	No sabe	_____

Anote la frecuencia marcando con un círculo una de las alternativas

2.4	Estornudos, nariz tapada/aguada (sin tener un catarro)	Nunca	1 o 2 veces	1 vez/mes	1 vez/semana	Diariamente
2.5	Sibilancia o silbido en el pecho	Nunca	1 o 2 veces	1 vez/mes	1 vez/semana	Diariamente
2.6	Tos (sin tener un resfriado)	Nunca	1 o 2 veces	1 vez/mes	1 vez/semana	Diariamente
2.7	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 lugares?

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 _____	()	()	_____

Recuérdale 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.