|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [CDC_logo_electronic_color_noname.jpg](http://brandidentitystandards.cdc.gov/@api/deki/files/55/=CDC_logo_print_color_noname.eps)**ENCUESTA DE SEGUIMIENTO** | | |
| **¿Qué día y a qué hora tomó cada una de las muestras?** | | |
| **Orina** | Fecha: | Hora: |
| **Semen** | Fecha: | Hora: |
| 1. **Antes de tomar la muestra de hoy, ¿cuántas veces ha eyaculado (ha tenido un orgasmo) en los últimos 7 días, incluyendo sexo o masturbación?**  **Marque una opción con un círculo**   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10+ veces | | |
| 1. **Antes de tomar la muestra de hoy, ¿cuántos días han pasado desde su última eyaculación (orgasmo)?** **Marque una opción con un círculo**   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10+ días | | |
| 1. **Desde que hablamos con usted por teléfono, ¿ha tenido problemas con la micción frecuente?** **Marque una opción con un círculo**   Sí No | | |
| 1. **Desde que hablamos con usted por teléfono, ¿ha sentido dolor o ardor al orinar con frecuencia?**Marque una opción con un círculo   Sí No | | |
| 1. **Desde que hablamos con usted por teléfono, ¿ha notado sangre en su orina?** Marque una opción con un círculo   Sí No | | |
| 1. **Desde que hablamos con usted por teléfono, ¿ha notado sangre en su semen?** Marque una opción con un círculo   Sí No | | |

**¡Gracias por incluir esta encuesta en su kit de devolución! Envíe un correo electrónico a** [**ZikaMalesStudy@cdc.gov**](mailto:ZikaMalesStudy@cdc.gov) **si tiene alguna pregunta.**