|  |
| --- |
| CDC_logo_electronic_color_noname.jpg**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** **si tiene alguna pregunta.**