

FOR OFFICE USE ONLY

Insert Onset Date-End Date

Place LAB ID label here

**ENCUESTA DE SEGUIMIENTO****1. ¿Qué día y a qué hora tomó cada una de las muestras?**

Orina Fecha: Hora:

Semen Fecha: Hora:

**2. 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

**3. Antes de tomar la muestra de hoy, ¿cuántos días han pasado desde su última eyacuación (orgasmo)? Marque una opción con un círculo**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10+ días

**4. Desde que hablamos con usted por teléfono, ¿ha tenido problemas con la micción frecuente? Marque una opción con un círculo**

Sí No

**5. Desde que hablamos con usted por teléfono, ¿ha sentido dolor o ardor al orinar con frecuencia? Marque una opción con un círculo**

Sí No

**6. Desde que hablamos con usted por teléfono, ¿ha notado sangre en su orina? Marque una opción con un círculo**

Sí No

**7. 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.**