

FOLLOW-UP SURVEY  
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 eyaculación (orgasmo)? Marque una opción con un círculo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10+ días

### 4. Desde que envió su último kit, ¿ha tenido problemas con la micción frecuente? Marque una opción con un círculo

Sí No

### 5. Desde que envió su último kit, ¿ha sentido dolor o ardor al orinar? Marque una opción con un círculo

Sí No

### 6. Desde que envió su último kit, ¿ha notado sangre en la orina? Marque una opción con un círculo

Sí No

### 7. Desde que envió su último kit, ¿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.**