

INVESTIGACIÓN SOBRE ZIKA ENTREVISTA PARA INDIVIDUOS

Equipo #: _____ Entrevistador: _____ Fecha de entrevista (MM/DD/AAAA): ____/____/____

ID del individuo (ej., SJ-1-A-1): _____ - _____ - _____ - _____

1. Nombre: _____
Nombre Inicial Apellido paterno Apellido materno

2. Género Masculino Femenino 3. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____

4. ¿Cuánto tiempo hace que vive en Puerto Rico? _____ años

5. ¿Algún médico le ha dicho que usted tiene alguna de las siguientes condiciones?

Diabetes Alta presión Enfermedad cardíaca Colesterol alto

Derrame cerebral Enfermedad renal Enfermedad hepática Enfermedad de la tiroides

Asma Enfermedad pulmonar Enfermedad de las articulaciones/Artritis Cáncer

Lupus Otra condición autoinmune (especifique: _____)

6. ¿Toma alguno de estos medicamentos diariamente?:

Anti-inflamatorios sin esteroides (ej., aspirina, ibuprofen) Corticosteroides
 Antibióticos

7. ¿Ha estado enfermo(a) en algún momento durante los pasados tres meses (enfermedad aguda solamente)? Sí No No recuerda

(Si ha estado enfermo(a) más de una vez, detalle cada episodio adicional en la sección de Notas.)

7a. De ser Sí, fecha de comienzo de síntomas (MM/DD/AAAA): ____/____/____

7b. ¿Qué síntomas tuvo? (marque todos los que apliquen)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Erupción en la piel | <input type="checkbox"/> Náusea/Vómitos | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones | <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Ojos rojos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor detrás de los ojos | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Fluido nasal | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Dolor en la pantorrilla (batata) | <input type="checkbox"/> Artritis (coyunturas rojas e hinchadas) |

Sangrado leve (ej., petequias, sangrado de encías, sangrado nasal, moretones)

Sangrado grave (ej., vómito con sangre, tos con sangre, sangre en excreta, sangrado vaginal fuerte)

Otro (especifique): _____

7c. ¿Cuánto tiempo estuvo enfermo(a)? _____ días No recuerda

7d. ¿Fue a ver un doctor debido a esta enfermedad? Sí No

7d-1. Si fue al doctor, ¿cuántas veces fue a buscar atención médica para esta enfermedad? _____ veces

7d-2. ¿Cuál fue el diagnóstico? Zika Chikungunya Dengue
 Síndrome viral, sin especificar No sabe Otro: _____

7d-3. ¿Lo(a) hospitalizaron debido a esta enfermedad? Sí No

7d-3a. Si lo(a) hospitalizaron, Nombre del hospital: _____

7d-3b. Tiempo en el hospital: _____ días

8. Durante la semana de 7am–7pm, ¿cuántas horas está usted en su casa o en esta comunidad? (máximo = 12):

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo

9. ¿Con cuánta frecuencia le pican los mosquitos? (*seleccione todas las que apliquen*)
 Todos los días Al menos una vez en semana Rara vez Nunca No sé

10. ¿Usualmente, en qué momento del día le pican los mosquitos? (*seleccione todas las que apliquen*) En la mañana Durante el día En la tarde En la noche Los mosquitos no me pican

11. ¿Usualmente, en qué lugar lo pican los mosquitos? (*seleccione todas las que apliquen*) Casa Trabajo/escuela
 Otras casas dentro de la comunidad Otras casas fuera de esta comunidad
 En otro lugar Los mosquitos no me pican

12. ¿Ha utilizado repelente para mosquitos durante el último mes? Diariamente
 Semanalmente Nunca

13. ¿Durmió con mosquitero en el pasado mes? Sí No

14. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?

- No ha ido a la escuela Grados 1 a 8 Grados 9 a 11 Grado 12 o examen de equivalencia Algunos años de estudios universitarios, grado asociado o técnico
- Bachillerato Estudios post-graduados No sabe Rehúsa contestar

NOTAS: