**INVESTIGACIón zika - CUESTIONARIO PARA FAMILIAS PARTICIPANTES DE LA investigación**

**(Para ser completado solo por el jefe o jefa de familia)**

Equipo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm. de identificación de familia (Ej: S-1-A): \_\_\_\_-\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_

Mes (##) Día(##) Año (####)

Coordenadas GPS (decimales): \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SANID de caso con lab. positivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en esta casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_personas

***Escriba su nombre al lado del número 1 en la tabla que se incluye. Haga una lista de todas las personas que viven aquí.***

Número de teléfono/email del jefe o jefa de familia para facilitar el envío de los resultados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre** (Nombre, Apellido paterno, Apellido materno) | **Edad** | **Sexo** | **¿Presente?** | **Si presente, ¿aceptó participar?** | **Coloque núm. de identificación aquí** |
| 1 |  |  | M / F | Sí/No | Sí/No |  |
| 2 |  |  | M / F | Sí/No | Sí/No |  |
| 3 |  |  | M / F | Sí/No | Sí/No |  |
| 4 |  |  | M / F | Sí/No | Sí/No |  |
| 5 |  |  | M / F | Sí/No | Sí/No |  |
| 6 |  |  | M / F | Sí/No | Sí/No |  |
| 7 |  |  | M / F | Sí/No | Sí/No |  |

**Características de la vivienda**

**Tipo de vivienda (marque solo uno): □** Casa de 1 piso □ Casa de 2 pisos □ Apartamento/Condominio □ Otro

**¿Durante los pasados tres meses, se ha enfermado alguien en esta vivienda?** □ Sí □ No □ No recuerdo

**¿Cuántas de sus ventanas o puertas tienen tela metálica (screens) que no esté rota?**□ Todas □ Algunas □ Ninguna

□ No sé

**¿Utiliza aire acondicionado en su casa?** □ Sí, en todos los cuartos □ Sí, solo en el cuarto por la noche □ Otro □ No

**¿Usted deja puertas o ventanas abiertas con regularidad?**□ Siempre □ Solamente de día □ Solamente de noche □Nunca

**¿Utiliza serpentinas (Cobra, espiral, caracol) para mosquitos en su patio para mantener alejados los mosquitos?**

□ Sí □ No

**¿Utiliza velas de citronela (repelente natural) en su casa o patio para mantener alejados los mosquitos? □** Sí □ No

**¿Cuál es el ingreso anual aproximado de su familia?** □ < $25,000 □ $26,000–$50,000 □ $51,000–$75,000 □ > $76,000 □ No deseo responder

**¿Tiene usted una o más trampas para mosquitos en su casa o patio? □** Sí **□** No **□** No sé

**Si usted tiene una trampa para mosquitos en su patio, y lo compara con los días en los que no tenía trampa para mosquitos, usted diría que el número de mosquitos en su casa:**

□ Aumentó □ Disminuyó □ No ha cambiado □ No sé □ No tengo trampa en mi patio

**Notas:**