

## 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?

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Alta presión                                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                       | <input type="checkbox"/> Colesterol alto           |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                               | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma             | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las articulaciones/Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer                    |
| <input type="checkbox"/> Lupus            | <input type="checkbox"/> 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):

<b>lunes</b>	<b>martes</b>	<b>miércoles</b>	<b>jueves</b>	<b>viernes</b>	<b>sábado</b>	<b>domingo</b>

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:**