

5. ¿Cuál es tu estado civil?

- ₁ Casada ₂ Unión libre ₃ Soltera, divorciada, o viuda ₄ Otra, indica cuál: _____
₇₇ No sé ₈₈ No contestó

6. ¿Vives en la misma casa que tu esposo o pareja?

- ₁ Sí ₀ No ₆₆ No tengo esposo ni pareja ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Las próximas preguntas son acerca de las picaduras de mosquitos.

7. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas picaduras de mosquito has recibido?

- ₀ Ninguna ₁ Menos que 20 ₂ 20 o más, o demasiadas para contarlas ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

8. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces has hecho las siguientes cosas? Las respuestas incluyen nunca, algunas veces, o siempre.

	Nunca (0)	Alguna veces (1)	Siempre (3)	No sé (77)	No contestó (88)
¿Has usado pantalones largos que cubrían las piernas?					
¿Has usado blusas o chaquetas de manga larga que cubrían los brazos?					
¿Has cubierto completamente tus pies y tobillos?					
¿Usaste repelente contra los mosquitos?					

9. Durante los últimos 7 días, cuando estabas dentro de tu casa, ¿con qué frecuencia usabas el aire acondicionado?

- ₀ Nunca ₁ Alguna veces ₃ Siempre ₆₆ No tengo aire acondicionado
₇₇ No sé ₈₈ No contestó

10. En tu casa, ¿tienes anjeos intactos en tus ventanas y puertas que previenen la entrada de mosquitos?

- ₁ Sí, en todas las ventanas y puertas ₂ En algunas ₀ Ni una
₇₇ No sé ₈₈ No contestó ₉₉ No aplica (no hay ventanas ni puertas)

Las próximas preguntas son lo que quizás has escuchado sobre el virus del Zika.

11. ¿Crees que es posible que una persona en tu comunidad puede contraer el virus del Zika?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

12. ¿Crees que todas las personas infectadas por el virus del Zika presentan síntomas?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

13. ¿Conoces a alguien que haya sido infectado por el virus del Zika?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─▶ 13a. ¿Eres tú misma?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

14. (Si #13a = "Sí") Indica tu nivel de preocupación de ser infectada otra vez por el virus del Zika.
(Si es alguna otra respuesta) Indica tu nivel de preocupación de infectarte con el virus del Zika.

₃ Muy preocupada ₂ Un poco preocupada ₁ No estoy preocupada
₀ Ya infectada con el virus del Zika ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

15. A continuación te haremos una serie de enunciados sobre la transmisión del ZIKV, te solicitamos responder si consideras si es muy probable, poco probable o imposible que se pueda transmitir la enfermedad por cada uno de ellos.

	Muy probable (2)	Poco probable (1)	Imposible (0)	No sé (77)	No contestó (88)
Picaduras de mosquitos					
Tener sexo vaginal sin condón con un hombre que está infectado con el Zika					
Besar a alguien que está infectado por el Zika					
Darle la mano a una persona que está infectada por el Zika					
Al ser tosido o estornudado por alguien que tiene el Zika					
Recibir una transfusión de sangre contaminada con el virus del Zika					
Estar en el útero si una madre tiene Zika durante el embarazo					

20. En algún momento, ¿un médico o profesional de salud le ha dicho a alguien en tu casa aparte de ti que ha contraído el virus del Zika?

₁ Sí ₀ No ₆₆ Vivo sola en la casa ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─> ¿Quién se enfermó?

₃ Esposo o pareja ₂ Tu hijo/hija ₁ Otra persona en la casa: _____
₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Ahora te haré unas preguntas sobre tu casa, tu comunidad, y tu medio ambiente.

21. ¿Dónde sueles obtener agua potable?

Empresa de agua pública o privada	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Pozo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tanque o alberca	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Agua en botella	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Lago, rio u otra fuente natural	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Si otro fuente de agua, indica cual:				

22. Durante los últimos 3 meses, ¿has trabajado? Incluye todos los trabajos que has tenido, incluyendo trabajos por cuenta propia.

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─> ¿En los últimos 3 meses, tu trabajo involucró?:

Radiografías (rayos X)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Contacto con fluidos corporales, como orina, saliva, o sangre	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Aplicación de pesticidas, insecticidas, o raticida	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Fabricación de baterías o reciclaje de baterías	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Reciclaje de desechos electrónicos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de oro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de carbón	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen plomo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que tú o tus compañeros de	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No		

trabajo utilicen mercurio	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
---------------------------	--	--

❖ Si vive sola en su casa según preguntas anteriores, marca esta casilla y **pase a la pregunta 24.**

₀ Vive sola

23. Durante los últimos 3 meses, ¿alguien en tu casa aparte de ti ha trabajado en...?

Fabricación de baterías o reciclaje de baterías	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Reciclaje de desechos electrónicos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de oro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de carbón	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen plomo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen mercurio	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

24. Durante los últimos 3 meses, ¿tú o alguien en tu casa ha utilizado pesticidas, insecticidas, o raticidas adentro o alrededor de tu casa?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Ahora te haré unas preguntas sobre las enfermedades que hayas tenido.

25. En algún momento, ¿has tenido...?

25a. Fiebre amarilla

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─┬─> ¿Cuándo?

₄ En los últimos 3 meses ₃ Entre 3 - 6 meses atrás ₂ 7 - 12 meses atrás
₁ 13 meses - 5 años atrás ₀ Hace más de 5 años
₇₇ No sé ₈₈ No contestó

25b. Dengue

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─┬─> ¿Cuántas veces has tenido dengue?

_____ veces ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─┬─> Indica cuándo y si tenía dengue grave

₄ En los últimos 3 meses → ₁ Grave

Código de participante: _____ - ____ - _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₃ Entre 3 - 6 meses atrás | → | <input type="checkbox"/> ₁ Grave |
| <input type="checkbox"/> ₂ 7 - 12 meses atrás | → | <input type="checkbox"/> ₁ Grave |
| <input type="checkbox"/> ₁ 13 meses - 5 años atrás | → | <input type="checkbox"/> ₁ Grave |
| <input type="checkbox"/> ₀ Hace más de 5 años | → | <input type="checkbox"/> ₁ Grave |
| <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé | | <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó |

25c. Chikunguña

- ₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─┬─> ¿Cuándo?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₄ En los últimos 3 meses | <input type="checkbox"/> ₃ Entre 3 - 6 meses atrás | <input type="checkbox"/> ₂ 7 - 12 meses atrás |
| <input type="checkbox"/> ₁ 13 meses - 5 años atrás | <input type="checkbox"/> ₀ Hace más de 5 años | |
| <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé | <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó | |

26. En algún momento, ¿te has vacunado contra la fiebre amarilla?

- ₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Las siguientes preguntas son sobre el uso de: cigarrillos, drogas, alcohol, y vitaminas.

27. En los últimos 3 meses, ¿has...?

Fumado cigarrillos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Fumado marihuana	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Usado drogas como bazuco, cocaína, o heroína para drogarte	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

28. En los últimos 3 meses, ¿cuántas bebidas alcohólicas (como cerveza, vino, u otra) has tomado en promedio durante una semana?

- ₆ Tomé, pero no sé cuanto ₅ 14 bebidas o más a la semana ₄ 7-13 bebidas a la semana
₃ 4-6 bebidas a la semana ₂ 1-3 bebidas a la semana ₁ Menos de 1 bebida a la semana
₀ Ninguna ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

29. En los últimos 3 meses, ¿has tomado ácido fólico?

- ₁ Sí ₂ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

↳ ¿Cuándo empezaste tomarlo?

- ₁ Antes de quedar embarazada
 ↳ ¿Todavía está tomándolo? ₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

- ₀ Después de encontrarme embarazada
 ↳ ¿Todavía está tomándolo? ₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Las siguientes preguntas son acerca de tus embarazos.

30. ¿Cuánto pesabas cuando quedaste embarazada?

_____ kg ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

31. ¿Cuánto mides?

_____ cm ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

32. ¿Cuántas embarazos has tenido en total sin incluir el embarazo actual? (todos los embarazos previos incluyendo pérdidas del embarazo.)

_____ número de embarazos ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

❖ Si respondió "0", "No sé", o "No contestó" siga a la **pregunta #37**

33. ¿Has tenido un embarazo con más de un feto, como gemelos o trillizos?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─┬─▶ ¿Cuántos embarazos tenían más de un feto?

_____ número de embarazos ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

34. ¿Cuántos embarazos anteriores resultaron en...?

Nacidos vivos	_____ número de embarazos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Abortos espontáneos (pérdidas antes de 20 semanas)	_____ número de embarazos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Mortinatos/óbitos (pérdidas a las 20 semanas o después)	_____ número de embarazos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)	_____ número de embarazos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Embarazos ectópicos o molares	_____ número de embarazos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

35. Durante tu(s) embarazo(s) anterior(es), ¿en cuántos embarazos...?

Tu médico te dijo que tuviste pre-eclampsia (presión alta durante el embarazo)	_____ número de embarazos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tu médico te dijo que tuviste diabetes gestacional (diabetes diagnosticada durante el embarazo)	_____ número de embarazos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tuviste un parto prematuro (parto antes de las 37 semanas)	_____ número de embarazos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tu bebé nació con un peso menos que 2500g, o 2.5 kg	_____ número de embarazos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Te han hecho cesárea	_____ número de embarazos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Amamantaste después del parto	_____ número de partos <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

36. ¿Cuándo terminó tu último embarazo?

____ / ____ / ____
DD MMM AAAA

₇₇ No sé ₈₈ No contestó

37. Para tu embarazo actual, ¿cuál fue la fecha de tu última menstruación?

____ / ____ / ____
DD MMM AAAA

₇₇ No sé ₈₈ No contestó



Indica si estás segura de la fecha de tu última menstruación.

₀ No estoy segura ₁ Estoy segura ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Fertilidad y actividad sexual:

38. ¿Utilizaste tratamientos de fertilidad para quedar embarazada?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó



¿Usaste...?

Medicamentos para estimulación ovárica, como citrato de clomífero o Femara	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Inseminación intrauterina	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Fertilización in vitro (IVF por sus siglas en ingles)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Inyección intracitoplasmática de espermatozoides	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

39. Pensando en el momento inmediatamente antes de embarazarte, ¿cuál de estas frases mejor describe cómo te sentiste al saber que estabas embarazada?

- ₄ Esperaba quedar embarazada antes
- ₃ Quería esperar más tiempo para quedar embarazada
- ₂ Quería estar embarazada en este momento
- ₁ No quería estar embarazada en este momento ni en otro momento en el futuro
- ₇₇ No sé
- ₈₈ No contestó

Estas preguntas son acerca de tus experiencias sexuales recientes. Si te sientes más cómoda, puedes decidir no contestar estas preguntas.

40. En los últimos 3 meses, ¿con cuántos hombres has tenido relaciones sexuales?

_0 Ninguno _1 1 _2 2 _3 3 o más _77 No sé _88 No contestó

└─▶ ❖ Si "Ninguno", ella completó el cuestionario.

41. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales vaginales con un hombre? Escoja la mejor respuesta.

- _1 Una vez al día o más
- _2 Dos o más veces a la semana
- _3 Una vez a la semana
- _4 Algunas veces al mes
- _5 Una vez al mes
- _6 Menos de una vez al mes
- _0 Nunca → **pase a la pregunta #43**
- _77 No sé → **pase a la pregunta #43**
- _88 No contestó → **pase a la pregunta #43**

42. Cuando tuviste relaciones sexuales vaginales en los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tu pareja usó condón? Escoge la mejor respuesta.

_2 Siempre _1 A veces _0 Nunca _77 No sé _88 No contestó

43. En los últimos 3 meses...

Has recibido sexo oral de alguien	<input type="checkbox"/> _1 Sí <input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _77 No sé <input type="checkbox"/> _88 No contestó
Has dado sexo oral a alguien	<input type="checkbox"/> _1 Sí <input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _77 No sé <input type="checkbox"/> _88 No contestó
Has tenido sexo anal	<input type="checkbox"/> _1 Sí <input type="checkbox"/> _0 No <input type="checkbox"/> _77 No sé <input type="checkbox"/> _88 No contestó

44. Desde que te enteraste que estás embarazada, ¿han cambiado la frecuencia con que tu pareja y tú usan condones durante el sexo?

- _1 Sí, los usamos con más frecuencia
- _2 Sí, lo usamos menos frecuentemente
- _3 No, no hemos cambiado la frecuencia del uso del condón
- _0 No he tenido sexo regularmente con una pareja
- _66 No usamos condones
- _77 No sé
- _88 No contestó

Muchas gracias por tu tiempo. ¿Tienes alguna pregunta?