

Código de participante: _____ - ____ - _____

Fecha: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
D D M M M A A A A

Entrevistador: _____

ZEN Colombia
Cuestionario de síntomas en ADULTOS

Ciudad: _____

Clínica: _____

- ❖ **Instrucciones para el entrevistador: Si es la visita de inscripción, di “En los últimos 2 semanas” en vez de “Desde tu última visita del estudio”.**

1. Desde tu última visita del estudio, ¿has tenido alguno de los siguientes síntomas?

Fiebre	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Brote (sarpullido)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Ojos rojos durante más que dos horas	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dolor o inflamación en las articulaciones	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

- ❖ **Si el participante respondió “Sí” a algunos de los síntomas anteriores, pase a la pregunta #2.**
- ❖ **Si contestó “No” a todos, pase a la pregunta #7.**

2. Desde tu última visita del estudio, ¿has buscado atención médica para alguno o todos de los síntomas en una IPS otro que [nombre de IPS participante del estudio]?

- ₁ Sí → **Pase a la pregunta #2a**
- ₀ No → **Pase a la pregunta #3**
- ₇₇ No sé → **Pase a la pregunta #3**
- ₈₈ No contestó → **Pase a la pregunta #3**

1

Se calcula que el tiempo que le tomará a cada participante dar esta información será de 10 minutos, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, juntar y mantener los datos requeridos, así como completar y revisar la recopilación de la información. Ninguna agencia o patrocinador puede realizar una recolección de datos, y ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. Envíe sus comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluso sugerencias sobre a la manera de reducir el tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-XXXX).

2a. ¿Cuándo buscaste atención médica?	____/____/____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
2b. ¿En dónde buscaste atención médica?	Nombre de la IPS: _____ Dirección de la IPS: _____
2c. Cuando buscaste atención médica, ¿algún profesional de salud te dijo que podrías tener alguno de los siguientes?	
Virus del Zika	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Chikunguña	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Mayaro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Rubeola	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Sífilis	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Varicela	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Parvovirus	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Herpes	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Otro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí, especifica cual: _____ <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

3. Si respondió "Sí" a **fiebre**:

3a. Cuando tuviste fiebre, ¿cuál fue la temperatura más alta que tuviste?	_____ centígrados <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
3b. ¿Cuándo comenzó la fiebre?	____/____/____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
3c. ¿Cuántos días duró?	_____ días <input type="checkbox"/> ₆₆ Todavía persiste <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

4. Si respondió "Sí" al **brote (sarpullido)**:

4a. Cuando tuviste el brote, ¿te dio picazón?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
4b. ¿El brote tuvo ronchas?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
4c. ¿En qué parte de tu cuerpo apareció el brote inicialmente?	
Cara	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Cuello	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Pecho	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

Estómago	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Brazos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Manos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Espalda	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Piernas	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Pies	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Nalgas/Área genital	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
4d. ¿En qué partes del cuerpo se propagó el brote?				
Cara	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Cuello	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Pecho	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Estómago	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Brazos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Manos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Espalda	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Piernas	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Pies	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Nalgas/Área genital	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
4e. ¿Cuándo comenzó el brote?	____/____/____ <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó			
4f. ¿Cuántos días duró el brote?	<input type="checkbox"/> ₆₆ Todavía persiste _____ días <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó			

5. Si respondió "Sí" a **ojos rojos durante más que dos horas**:

5a. Cuando tuviste ojos rojos, ¿los ojos te picaban?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
5b. ¿Los dos ojos estaban rojos o sólo uno?	<input type="checkbox"/> ₂ Ambos	<input type="checkbox"/> ₁ Sólo uno	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
5c. ¿Había secreción? (Fluido o pus saliendo del ojo)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
5d. ¿Cuándo te diste cuenta que los ojos estaban rojos?	____/____/____ <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó			
5e. ¿Cuántos días duró?	<input type="checkbox"/> ₆₆ Todavía persiste _____ días <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó			

6. Si respondió "Sí" a **dolor o inflamación en las articulaciones**:

6a. Cuando tuviste dolor en las articulaciones o cuando estaban inflamadas, ¿qué articulaciones se afectaron?				
Cuello	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Hombros	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Espalda	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Cadera	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

Código de participante: _____ - ____ - _____

Rodillas	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tobillos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dedos de los pies	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Codos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Muñecas	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dedos de los manos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
6b. ¿Cuándo te diste cuenta que tenías dolor en las articulaciones o que estaban inflamadas?	____/____/____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó			
6c. ¿Cuántos días duró el dolor o la inflamación?	_____ días <input type="checkbox"/> ₆₆ Todavía persiste <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó			

7. Desde tu última visita del estudio, ¿tuviste alguno de los siguientes síntomas?

Náusea	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Vómitos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Diarrea	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Estornudo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Secreción nasal	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dolor de la garganta	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Ganglios inflamados	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Entumecimiento u hormigueo en las manos o pies	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Cansancio o fatiga	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Mialgias (dolor muscular)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dolor atrás de los ojos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Picazón en la piel sin brote	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Piel enrojecida sin brote	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Falta de aire	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Hemorragia/sangrado nasal	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Heces negra	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
[Sólo mujeres:] Sangrado vaginal	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
	<input type="checkbox"/> ₉₉ No aplica			

Código de participante: _____ - ____ - _____

[Sólo mujeres:] Secreción vaginal	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó <input type="checkbox"/> ₉₉ No aplica
[Sólo hombres:] Sangre en el semen	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó <input type="checkbox"/> ₉₉ No aplica

8. Desde tu última visita del estudio, ¿has tenido algunos otros síntomas poco comunes que te gustaría contarme?

- ₁ Sí → ¿Qué síntomas? _____
- ₀ No
- ₇₇ No sé
- ₈₈ No contestó

Gracias por completar el cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?