Código de participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 D D M M M A A A A

Entrevistador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZEN COLOMBIA**

**Cuestionario de seguimiento a GESTANTES**

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Primero, te voy a hacer unas preguntas acerca de las picaduras de mosquitos.**

**1.** 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*

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nunca0 | Algunas veces1 | Siempre2 | *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? |  |  |  |  |  |

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

🞎0 Nunca 🞎1 Algunas veces 🞎2 Siempre 🞎66 No tengo aire acondicionado

 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**4.** 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 acerca del virus del Zika.**

**5.** Desde tu última visita del estudio a la clínica, ¿alguien en tu casa aparte de ti ha tenido síntomas del virus del Zika? Síntomas del virus del Zika significa tener 2 o más síntomas que no se puedan explicar por otras causas: fiebre, brote (sarpullido), ojos rojos, y dolor en las articulaciones.

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎78 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*

* **Si, según la pregunta anterior, la gestante vive sola, pase a la pregunta #7.**

**6.** Desde tu última visita del estudio a la clínica, ¿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 🞎78 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.**

**7.** Desde tu última visita clínica, ¿has cambiado de trabajo?

🞎1 Sí 🞎0 No, estoy todavía en el mismo trabajo 🞎0 No, no tengo trabajo 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

 Desde tu última visita clínica, ¿tu trabajo involucró?:

|  |  |
| --- | --- |
| Radiografías (rayos X) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Contacto con fluidos corporales, como orina, saliva, o sangre | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Uso de pesticidas, insecticidas, o raticida | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Fábrica de baterías o reciclaje de baterías | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Reciclaje de desechos electrónicos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de oro | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
|  |  |
| Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen plomo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen mercurio | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

* **Si, según las preguntas anteriores, la gestante vive sola, marca la casilla y pase a la pregunta #9.**

🞎0 Vive sola

**8.** Desde tu última visita del estudio a la clínica, ¿alguien en tu casa aparte de ti ha trabajado en uno de los siguientes trabajos?

|  |  |
| --- | --- |
| Fabricación de baterías o reciclaje de baterías | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Reciclaje de desechos electrónicos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de oro | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
|  |  |
| Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen plomo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen mercurio | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**9.** Desde tu última visita del estudio a la clínica, ¿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*

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

**10.** Desde tu última visita del estudio a la clínica, ¿has…?

|  |  |
| --- | --- |
| Fumado cigarrillos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Fumado marihuana | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Usado drogas como bazuco, cocaína, o heroína para drogarte | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**11.** Desde tu última visita del estudio a la clínica, ¿cuántas bebidas alcohólicas (como cerveza, vino, u otra) has tomado en promedio en una semana?

🞎6 Tomé alcohol, pero no sé cuántas bebidas he tomado

 🞎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*

**12.** Desde tu última visita del estudio a la clínica, ¿has tomado ácido fólico?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

 ¿Todavía lo estás tomando?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎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.**

**13.** Desde tu última visita del estudio a la clínica, ¿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 #15**

🞎77 *No sé* **🡪 pase a la pregunta #15**

🞎88 *No contestó* **🡪 pase a la pregunta #15**

**14.** Desde tu última visita del estudio a la clínica, cuando tuviste relaciones sexuales vaginales, ¿con qué frecuencia tu pareja usó condón? Escoge la mejor respuesta.

🞎2 Siempre 🞎1 Algunas veces 🞎0 Nunca 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**15.** En los últimos 3 meses, ¿has…?

|  |  |
| --- | --- |
| Recibido sexo oral de alguien | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dado sexo oral a alguien | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tenido sexo anal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**Gracias por responder al cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?**