

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.**

	Nunca ₀	Algunas veces ₁	Siempre ₂	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?					

Código de participante: _____ - ____ - _____

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)	<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
Uso 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
Fábrica 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
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 trabajo utilicen	<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: _____ - ____ - _____

mercurio	
----------	--

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

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	<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
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

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	<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

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?

Código de participante: _____ - ____ - _____

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Código de participante: _____ - ____ - _____

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	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
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
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

Gracias por responder al cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?