

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

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
          D D M M M A A A A

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

ZEN Colombia  
**Cuestionario de síntomas en BEBÉS**

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

Clínica: \_\_\_\_\_

- ❖ **Instrucciones para entrevistadores: Si hoy es la primera visita, dice “Desde que nació tu bebé” en lugar de “Desde la última visita del estudio de tu bebé”.**

1. ¿Todavía estás amamantando a tu bebé?

<sub>1</sub> Sí    <sub>0</sub> No    <sub>77</sub> No sé    <sub>88</sub> No contestó

2. Desde la última visita del estudio de tu bebé, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

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

- ❖ **Si el participante respondió “Sí” a algunos de los síntomas anteriores, pase a la pregunta #3.**  
❖ **Si respondió “No” a todos, pase a la pregunta #7.**

3. Desde la última visita del estudio de tu bebé, ¿has buscado atención médica para tu bebé en una institución prestadora de salud diferente a [la IPS del estudio] por alguno de los síntomas marcados anteriormente?

<sub>1</sub> Sí → **Pase a la pregunta #3a**  
<sub>0</sub> No → **Fin del cuestionario**

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 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).

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

<sub>77</sub> No sé → Fin del cuestionario

<sub>88</sub> No contestó → Fin del cuestionario

3a. ¿Cuándo buscaste atención médica para tu bebé?	____/____/____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
3b. ¿En dónde buscaste atención médica?	Nombre de la IPS: _____ Dirección de la IPS: _____
3c. ¿Algún profesional de salud te dijo que tu bebé podría tener alguno de los siguientes?	
Virus del Zika	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Chikunguña	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Mayaro	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Rubeola	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Sífilis	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Varicela	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Parvovirus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Herpes	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Otro	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí, espifica: _____ <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

4. Si respondió "Sí" a **fiebre**:

4a. Cuando tu bebé tuvo fiebre, ¿cuál fue la temperatura más alta que tuvo?	_____ centígrados <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
4b. ¿Cuándo comenzó la fiebre?	____/____/____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
4c. ¿Cuántos días duró?	_____ días <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

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

5a. Cuando tu bebé tuvo el brote, ¿parecía picar?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
5b. ¿El brote tuvo ronchas?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
5c. ¿En qué parte del cuerpo de tu bebé apareció el brote inicialmente?	

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

Cara	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Cuello	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Pecho	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Estómago	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Brazos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Manos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Espalda	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Piernas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Pies	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Nalgas / área genital	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
5d. ¿En qué partes de su cuerpo se propagó el brote?				
Cara	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Cuello	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Pecho	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Estómago	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Brazos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Manos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Espalda	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Piernas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Pies	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Nalgas / área genital	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
5e. ¿Cuándo comenzó el brote?	____/____/____ <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó			
5f. ¿Cuántos días duró el brote?	<input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste _____ días <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó			

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

6a. ¿Los dos ojos estaban rojos o sólo uno?	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Ambos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sólo uno	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
6b. ¿Había secreción? (Fluido o pus saliendo del ojo)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
6c. ¿Cuándo te diste cuenta que los ojos de tu bebé estaban rojos?	____/____/____ <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó			
6d. ¿Cuántos días duró?	<input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste _____ días <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó			

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

Vómitos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Tos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Estornudo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Secreción nasal	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Ganglios inflamados	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

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

Durmiendo más de lo habitual	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Alimentando menos de lo habitual	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Piel roja sin brote	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Hemorragia/sangrado nasal	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

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

- <sub>1</sub> Sí → ¿Qué síntomas? \_\_\_\_\_
- <sub>0</sub> No
- <sub>77</sub> No sé
- <sub>88</sub> No contestó

**Gracias por completar el cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?**