Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Fecha de hoy: _____/_____/_____
MM DD AAAA

ZIKV RNA Persistence (ZIRP): Formulario Preselección de la Embarazada

Información Clínica

Nombre de Clinica: _____

Municipio*:_____

Sitio de estudio # (si aplica):_____

Información de el/la Paciente

Apellidos: _____

Nombre(s): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):_____

1. Criterios para Incluir a la Embarazada

¿La paciente dio positivo a RT-PCR* para ZIKV en sangre u orina?	☐1 Sí	☐0 No
¿La paciente tiene 15 años de edad o más?	☐1 Sí	☐0 No
¿La paciente habla inglés o español?	☐1 Sí	☐0 No
¿La paciente puede volver cada 2 semanas para cogerle muestras?	☐1 Sí	☐0 No
¿La paciente desea registrar a su bebé en el estudio cuando nazca?	☐1 Sí	☐0 No

Si la contestación a cualquiera de los criterios de inclusión es "no" la paciente NO es elegible para el estudio

2. Exclusion Criteria

Basado en su apreciación clínica, ¿la paciente no está capacitada física o psicológicamente para participar?	☐1 Sí	☐0 No
¿La paciente tiene un embarazo ectópico ó molar?	☐1 Sí	☐0 No

Si la contestación a 1 o más de los criterios de exclusión es "sí" la paciente no es elegible para el estudio

3. Determinación de Elegibilidad

La paciente es elegible para el estudio. (Todas las contestaciones a las preguntas de criterios de inclusión son Sí y todas las respuestas a los criterios de exclusión son No.)

☐1 Sí ☐0 No

4. Consentimiento Informado

¿La paciente firmó consentimiento informado para participar? ☐1 Sí ☐0 No

4.1 Si contesta sí,

4.1a Fecha en firmó el consentimiento informado (mm/dd/aaaa): _____

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 2 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX).

Fecha de hoy: _____/_____/_____
MM DD AAAA

4.1b ¿Se le entregó copia del consentimiento a la paciente? ☐1 Sí ☐0 No

4.2 Si contesta no,

4.2a. ¿Por qué no? _____

5. Matrícula

5.1 ¿La paciente se matriculó? ☐1 Sí ☐0 No

5.2 Número de identificación de la paciente: _____ _____ _____ _____ **_0__**
(Número de lugar: 1, 2 o 3) (Número de Paciente: 001,002 etc.) (Número de Mujer)

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 2 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PARA (0920-XXXX).