ZIKV RNA Persistence (ZIRP): Cuestionario de Inscripción de Embarazadas

LA PACIENTE LLENARA ESTA PARTE CON SUS DATOS

**Parte I:Información Demográfica**

*Gracias por aceptar ser parte de este estudio. Si tiene preguntas sobre cualquier sección del formulario, por favor pregúntele al personal del estudio. Primero, empezaremos haciéndole preguntas sobre usted.*

1. ¿Cuánto pesaba/media **antes del embarazo**t?

Peso \_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎1 Libras 🞎2 Kilogramos 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

Estatura \_\_\_\_\_\_🞎1 Pulgadas 🞎2 Centímetros 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

 M M D D A A A A

3. ¿Cuál es el grado de estudios más alto que ha completado?

🞎1 Menos que elemental 🞎2 Elemental 🞎3 Escuela Superior 🞎4 Grado Asociado

🞎5 Universidad o + 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

4. ¿Cuál es su estado civil?

🞎1Soltera 🞎2 Casada o tiene compañero 🞎3 Viuda 🞎4 Divorciada

🞎5Separada 🞎6 Otro 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

5. ¿Qué plan medico tiene?

🞎1 Reforma (Medicaid) 🞎2 Privado (por patrono, esposo o padres) 🞎3 Por cuenta propia 🞎4 Ninguno 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

6. ¿En que tipo de casa vive?

🞎1 Casa/Apartamento (Propietaria) 🞎2 Casa/Apartamento (Alquilada) 🞎3 Vivienda Pública 🞎4 Vivo con amistades o con familiares 🞎5 Deambulante 🞎*88 No contestaré*

**Parte II:Historial Médico**

*Ahora le vamos a hacer unas preguntas sobre su historial médico.*

7. Por favor indique si ha padecido alguna de las condiciones a continuación marcando “sí” o “no” para cada una de ellas. Si marca **sí** con respecto a alguna de las condiciones, por favor llene la tercera columna de la derecha acerca de cualquiera de las condiciones que marcó **sí**. Si tiene dudas acerca de la fecha del diagnóstico, por favor escriba la fecha aproximada o marque la opción “no estoy segura”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | No sé  | **Si contesta que sí……,** |
| Asma |  |  |  | Diagnostico Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No estoy segura |
| Transfusión de sangre |  |  |  | Fecha de la última transfusión:(mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No estoy segura |
| Cáncer |  |  |  | Tipo de cáncer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha del diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ 🞎 No estoy segura |
| Enfermedad Cardiovascular (Corazón) |  |  |  | 🞎 Embolia Pulmonar 🞎 Enfermedad Cardio Reumática 🞎 Enfermedad Cardiaca Congénita🞎 Enfermedad Periferal Arterial🞎 Aneurisma y Diseccion de la Aorta🞎 Trombosis de Venas 🞎 Infarto🞎Otro 🞎 No sé Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No estoy segura  |
| Diabetes  |  |  |  | Tipo:🞎 Tipo I🞎 Tipo II🞎 Diabetes por Embarazo🞎 No estoy seguraFecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No estoy segura  |
| Hepatitis |  |  |  | Tipo:🞎 A🞎 B🞎 C🞎 D🞎 E🞎 No séFecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No estoy segura |
| Presión Arterial Alta |  |  |  | Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No estoy segura |
| HIV |  |  |  | Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No estoy segura |
| Enfermedad Renal (Riñones)  |  |  |  | Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No estoy segura |
| Enfermedad del Hígado |  |  |  | Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ 🞎 No estoy segura |
| Enfermedades transmitidas por mosquitos |  |  |  | 🞎2 Dengue Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_  🞎 No estoy segura Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_  🞎 No estoy segura…Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_  🞎 No estoy segura Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_  🞎 No estoy segura 🞎3 Chikungunya  Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_  🞎 No estoy segura |
| Enfermedades transmitidas sexualmente |  |  |  | Tipo: 🞎 Clamidia🞎 Gonorrea🞎 Herpes Genital🞎 Berrugas Genitales 🞎 Sífilis🞎 Piojos🞎 Tricomoniasis🞎Otro 🞎 No sé  Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_  🞎 No estoy segura |

**Parte III: Embarazo**

*En esta parte vamos a hacerle una preguntas sobre su historial de embarazos.*

8. ¿Sabe cuando fue el útimo día de su ciclo de menstruación? 🞎1 Sí 🞎0 No

8.1 Si lo sabe, ¿sabe la fecha?, \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 M M D D A A A A

9. ¿Sabe a partir de qué fecha puede ponerse de parto? 🞎1 Sí 🞎0 No

9.1 Si sabe a partir de que fecha, puede indicar la fecha?, \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ M M D D A A A A

10. ¿Sabe cuántos bebés trae este embarazo ?: 🞎1 Uno 🞎2 Gemelos 🞎3 Trillizos 🞎4 Otro

11. ¿Cuántas veces ha estado encinta antes de este embarazo?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ veces 🞎1 Es mi primer embarazo 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

12. **Durante este embarazo,** ¿le han dicho si tiene diabetes por embarazo?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

**Parte IV: Historial Sexual**

*A continuacion una preguntas sobre su historial sexual.*

13. ¿Con cuantos hombres ha tenido relaciones sexuales sin protegerse durante el embarazo?

🞎1 1 🞎2 2 🞎3 3 o más 🞎4 Ninguno 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

14. Desde que empezó su embarazo, con qué frecuencia ha tenido sexo vaginal con un hombre? Escoja la mejor contestación.

🞎1 Una vez al día o más

🞎2 Dos o más veces a la semana

🞎3 Una vez al mes

🞎4 Menos de una vez al mes

🞎5 Nunca

🞎77 No sé

 🞎88 No contestaré

15. Desde que empezó su embarazo, ¿con qué frecuencia su pareja usó un condón cuando tuvieron relaciones sexuales?

🞎1 Siempre 🞎2 Con mucha frecuencia 🞎3 Algunas veces 🞎4 Casi nunca 🞎5 Nunca 🞎6 No aplica 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

**Parte V: Medicamentos**

*Le vamos a hacer unas preguntas sobre cualquier medicamento con receta o sin receta y suplementos que usted esté tomando al presente*

16. ¿Está tomando algún medicamento recetado por un médico? 🞎1 Sí 🞎0 No

 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

16.1 Si contesta sí, Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. ¿Está tomando algún medicamento sin receta? 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré

17.1 Si contesta sí, Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. ¿Está tomando algunas vitaminas/minerales/suplementos? 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé

 🞎88 No contestaré

18.1 Si contesta sí, Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTA SECCION SE COMPLETARA CON INFORMACION DEL RECORD MEDICO

**Parte I: Informacion Demográfica**

1. ¿Peso/estatura actual de la paciente?

*Peso \_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎1 Libras 🞎2 Kilos 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré*

*Estatura \_\_\_\_\_ 🞎1 Pulgadas 🞎2 Centímetros 🞎77 No sé 🞎88 No contestaré*

1. ¿La paciente esta vacunada contra…?

|  |  |
| --- | --- |
| Fiebre Amarilla | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé  |
|  | Si contesta sí, fecha de la vacuna más reciente:(mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ |
| Dengue | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé |
|  | Si contesta sí, fecha de la vacuna más reciente (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ |
| Influenza | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé  |
|  | Si contesta sí, fecha de la vacuna más reciente (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ |

**Parte II: Historial de Obstetricia**

*Complete esta sección si la paciente le informa que ha tenido embarazos previos.*

3. ¿La paciente ha tenido alguno de los siguientes embarazos?

|  |  |
| --- | --- |
|  Nacido vivo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé  |
|  | Si es sí, # de embarazos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Aborto Espontáneo (pérdida antes de las 20 semanas) | 🞎1 *Sí* 🞎0 *No* 🞎77 *No sé*  |
|  | Si es sí, # de embarazos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Nacido muerto (pérdida a las 20 20 Semanas o más) | 🞎1 *Sí* 🞎0 *No* 🞎77 *No sé*  |
|  | Si es sí, # de embarazos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Aborto  | 🞎1 *Sí* 🞎0 *No* 🞎77 *No sé*  |
|  | Si es sí, # de embarazos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Embarazo ectópico o o molar  | 🞎1 *Sí* 🞎0 *No* 🞎77 *No sé*  |
|  | Si es sí, # de embarazos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Durante alguno de los embarazos anteriores de la paciente, tuvo ella…

|  |  |
| --- | --- |
| Diabetes gestacional (diabetes diagnosticada en el embarazo) | 🞎1 *Sí* 🞎0 *No* 🞎77 *No sé*  |
| Parto prematuro (parto antes de las 37 semanas) | 🞎1 *Sí* 🞎0 *No* 🞎77 *No sé*  |
| Parto por Cesárea | 🞎1 *Sí* 🞎0 *No* 🞎77 *No sé*  |
| Un bebé con defectos de nacimiento graves | 🞎1 *Sí* 🞎0 *No* 🞎77 *No sé*  |