

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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0

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

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?

Peso _____ ₁ Libras ₂ Kilogramos ₇₇ No sé ₈₈ No contestaré
 Estatura _____ ₁ Pulgadas ₂ Centímetros ₇₇ No sé ₈₈ No contestaré

2. ¿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?

₁ Soltera ₂ Casada o tiene compañero ₃ Viuda ₄ Divorciada
₅ Separada 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?

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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0_

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

- 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): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
Transfusión de sangre				Fecha de la última transfusión: (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
Cáncer				Tipo de cáncer _____ Fecha del diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
Enfermedad Cardiovascular (Corazón)				<input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardio Reumática <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca Congénita <input type="checkbox"/> Enfermedad Periferal Arterial <input type="checkbox"/> Aneurisma y Diseccion de la Aorta <input type="checkbox"/> Trombosis de Venas <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sé Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
Diabetes				Tipo: <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 8 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).



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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0_

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

				<input type="checkbox"/> Diabetes por Embarazo <input type="checkbox"/> No estoy segura Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
Hepatitis				Tipo: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> No sé Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
Presión Arterial Alta				Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
HIV				Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
Enfermedad Renal (Riñones)				Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
Enfermedad del Hígado				Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
Enfermedades transmitidas por mosquitos				<input type="checkbox"/> ₂ Dengue Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura ... Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura <input type="checkbox"/> ₃ Chikungunya Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
Enfermedades transmitidas sexualmente				Tipo: <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 8 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 válido 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).



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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0

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

			<input type="checkbox"/> Herpes Genital <input type="checkbox"/> Berrugas Genitales <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Piojos <input type="checkbox"/> Tricomoniasis <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sé Fecha del Diagnóstico (mm/dd/aaaa): _____ <input type="checkbox"/> No estoy segura
--	--	--	---

Parte III: Embarazo

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

8. ¿Sabe cuando fue el último 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

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 8 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).



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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0

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

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 _____

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 8 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).



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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0

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

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 _____

18. ¿Está tomando algunas vitaminas/minerales/suplementos? ₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestaré

18.1 Si contesta sí, 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



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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer

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

2. ¿La paciente esta vacunada contra...?

Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé
	Si contesta sí, fecha de la vacuna más reciente: (mm/dd/aaaa): _____
Dengue	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé
	Si contesta sí, fecha de la vacuna más reciente (mm/dd/aaaa): _____
Nacido vivo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé
Influenza	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé
	Si es sí, # de embarazos: _____, año _____
	Si contesta sí, fecha de la vacuna más reciente (mm/dd/aaaa): _____
	año _____
	año _____

si
ha

3.
ha
de

Aborto Espontáneo (pérdida antes de las 20 semanas)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé
	Si es sí, # de embarazos: _____, año _____
	año _____
	año _____
	año _____
	año _____
Nacido muerto (pérdida a las 20 Semanas o más)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé
	Si es sí, # de embarazos: _____, año _____
	año _____
	año _____
	año _____
	año _____
Aborto	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé
	Si es sí, # de embarazos: _____, año _____
	año _____
	año _____
	año _____
	año _____

**Parte II:
Historial de
Obstetricia**

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

¿La paciente tenido alguno los siguientes embarazos?

Una agencia de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 8 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 la recolección 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).



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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0

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

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

Diabetes gestacional (diabetes diagnosticada en el embarazo)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé
Parto prematuro (parto antes de las 37 semanas)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé
Parto por Cesárea	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé
Un bebé con defectos de nacimiento graves	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé