



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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número del bebé
_	_ _ _	_

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

ZIKV RNA Persistence (ZIRP): Cuestionario de Seguimiento del Infante

1. Visita al estudio #: _____
2. Lugar de ubicación del estudio:
 - ₁ Oficina del Pediatra
 - ₂ Otro, especifique: _____
3. Fecha de la última visita al estudio (mm/dd/aaaa): _____
4. ¿Han dado negativo para infección del virus del Zika los últimos dos análisis de muestras de sangre como parte del estudio por RT-PCR?
 - ₁ Sí ₀ No

ESTA SECCION LA LLENARA LA MADRE/EL PADRE/ EL GUARDIAN DEL INFANTE

PARTE I: Salud en General

Le agradecemos su permiso para que su infante participe en este estudio. Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas en general, acerca de la salud de su infante desde su última visita al estudio para acá. Desde la última visita de su infante al estudio (o desde su nacimiento, si esta es su primera visita)...

5. ¿Ha sentido preocupación por la salud de su infante? ₁ Sí ₀ No
 - i. Si contesta sí, por favor especifique su preocupación _____
6. ¿Su infante ha visitado alguna sala de emergencia desde su última visita? ₁ Sí ₀ No
 - ii. Si contesta sí, motivo de la visita _____ Nombre del hospital o clínica _____
7. ¿Su infante ha estado hospitalizado desde su última visita? ₁ Sí ₀ No
 - iii. Si contesta sí, motivo para la hospitalización _____

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



Código del Sitio	Código de la Participante	Número del bebé

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

8. ¿Ha tenido su infante alguna cita ambulatoria que no haya requerido ir a Sala de Emergencia o de una hospitalización? Sí No
 Si contesta sí, motivo para la visita _____ Nombre del lugar _____
9. ¿Se le ha tomado muestra de sangre a su infante desde su última visita? Sí No
 iv. Si contesta sí, motivo para tomar la muestra _____
10. ¿Se le ha tomado muestra de orina a su infante desde su última visita? Sí No
 v. Si contesta sí, motivo para tomar la muestra de orina _____

ESTA SECCION SE LLENARA CON INFORMACION DEL RECORD MEDICO

PARTE I: Signos Vitales

11. ¿Peso del infante? _____ gramos kilogramos
 12. ¿Estatura del infante? _____ centímetros pulgadas
 13. ¿Circunferencia de la cabeza del infante? _____ centímetros

PARTE II: Desarrollo Neurológico

14. ¿Ha presentado el bebé alguno de las siguientes desde su última visita?
- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| vi. Apnea | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
| vii. Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
| viii. Parálisis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
| ix. Contractura de coyuntura | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
| x. Flacidez | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
| xi. Otro: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
- Si contesta sí, especifique: _____
15. ¿Señales de alguna de las siguientes anomalías en el infante desde su última visita?
- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| xii. Dismorfia facial | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
| xiii. Anomalía del ojo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
| xiv. Anomalía del oído | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
| xv. Exceso de piel en cabeza | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
| xvi. Cráneo pequeño | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |
| xvii. Rasgos de Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 77 Desconozco |

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 del bebé

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

xviii. Otro: ₁ Sí ₀ No ₇₇ Desconozco
 Si contesta sí, especifique: _____

PARTE III: Pruebas de Microbiología

16. ¿Se tomó muestra de sangre del infante? ₁ Sí ₀ No

16a. Si es no, ¿por qué no?

₀ Las últimas dos muestras de sangre para el estudio dieron negativo a infección por el virus del Zika

₁ Otro, especifique _____

16b. Fecha en que se tomó la muestra (mm/dd/aaaa)

16c. Hora en que se tomó la muestra (hh:mm): _____

16d. Fecha en que se envió la muestra al laboratorio (mm/dd/aaaa): _____

16e. Tipo de análisis:

₀ RT-PCR

₁ IgM

₂ IgG

₃ Otro

17. ¿Se tomó muestra de orina del infante? ₁ Sí ₀ No

17a. Si contesta no, ¿por qué no?

₀ Las últimas dos muestras de orina para el estudio dieron negativo a infección por el virus del Zika

₁ Otro, especifique _____

17b. Fecha en que se tomó la muestra (mm/dd /aaaa)

17c. Hora en que se tomó la muestra (hh:mm): _____

17d. Fecha en que se envió la muestra al laboratorio (mm/dd/aaaa): _____

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



Código del Sitio	Código de la Participante	Número del bebé

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

17e. Tipo de análisis:

- ₀ RT-PCR
- ₁ IgM
- ₂ IgG
- ₃ Otro

PARTE IV: Final del Estudio

18. ¿Se completó la recopilación de data de este infante para el estudio? ₁ Sí ₀ No

18a₁. Si contesta sí, incluya la razón:

- ₀ Las últimas dos muestras dieron negativo para Zika confirmado mediante RT-PCR
- ₁ Fin del periodo del estudio
- ₂ Ingresado en hospital debido a reacciones adversas
- ₃ Retirado del estudio por su guardián
- ₄ Eliminado por el personal del estudio
- ₅ Otro, especifique _____

18a₂. Si contesta sí, fecha de la eliminacion (mm/dd/aaaa): _____