

Código de participante: _____ - ____ - _____

Fecha: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
D D M M M A A A A

Entrevistador: _____

ZEN COLOMBIA
Cuestionario de inscripción para la PAREJA de la gestante

Ciudad: _____

Clínica: _____

Primero, te voy a hacer unas preguntas acerca de ti.

1. ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
D D M M M A A A A ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

2. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que has completado?

₁ Menos que primaria ₂ Primaria ₃ Secundaria ₄ Técnico ₅ Universidad o más
₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Las próximas preguntas son sobre picaduras de mosquitos.

3. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas picaduras de mosquito has recibido?

₀ Ninguna ₁ Menos que 20 ₂ 20 o más, o demasiadas para contarlas ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

4. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces has hecho las siguientes cosas? Las respuestas incluyen nunca, algunas veces, o siempre.

Se calcula que el tiempo que le tomará a cada participante dar esta información será de 25 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 a 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).

	Nunca (0)	Algunas veces (1)	Siempre (2)	No sé (77)	No contestó (88)
¿Has usado pantalones largos que cubrían las piernas?					
¿Has usado camisas o chaquetas de manga larga que cubrían los brazos?					
¿Has cubierto completamente los tobillos y pies?					
¿Usaste repelente contra los mosquitos?					

Las próximas preguntas son acerca del virus del Zika.

5. ¿Crees que es posible que una persona pueda contraer el virus del Zika en tu comunidad?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

6. ¿Crees que todas las personas infectadas por el virus del Zika presentan síntomas?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

7. ¿Conoces a alguien que haya sido infectado por el virus del Zika?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

↳ 7a. ¿Eres tú mismo?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

8. (Si #7a = "Sí"): Indica tu nivel de preocupación de ser infectado otra vez por el virus del Zika.

(Si la respuesta es alguna otra): Indica tu nivel de preocupación de infectarte con el virus del Zika.

₃ Muy preocupado ₂ Un poco preocupado ₁ No estoy preocupado
₀ Ya he tenido el virus del Zika durante el embarazo de mi pareja ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

9. A continuación le haremos una serie de enunciados sobre la transmisión del ZIKV, te solicitamos responder si consideras si es muy probable, poco probable o imposible que se pueda transmitir la enfermedad por cada uno de ellos.

	Muy probable ⁽²⁾	Poco probable ⁽¹⁾	Imposible ⁽⁰⁾	No sé ⁽⁷⁷⁾	No contestó ⁽⁸⁸⁾
Picaduras de mosquitos					
Tener sexo vaginal sin condón con una mujer que está infectada por el Zika					
Besar a alguien en la boca que está infectado por el Zika					
Darle la mano a una persona que está infectada por el Zika					
Al ser tosido o estornudado por alguien que tiene Zika					
Recibiendo una transfusión de sangre infectada con el virus del Zika					
Estar en el útero si una madre tiene Zika durante el embarazo					

10. A continuación te haremos una serie de enunciados sobre los efectos posibles al bebé si la mama está infectada con Zika durante su embarazo, te solicitamos responder si consideras si es muy probable, poco probable o imposible que el bebé nacido tenga las siguientes condiciones:

	Muy probable ₂	Poco probable ₁	Imposible ₀	No sé ₇₇	No contestó ₈₈
Microcefalia (una cabeza pequeña)					
Otras anomalías congénitas					
Restricción del crecimiento intrauterino (bebé pequeño)					
Pérdidas del embarazo/mortinato/óbito					

11. Durante los últimos 3 meses, ¿has tenido síntomas del virus del Zika? Tener síntomas del virus del Zika significa estar enfermo con 2 o más de los siguientes síntomas que no se puedan explicar por otras causas: fiebre, brote (sarpullido), ojos rojos, y dolor en las articulaciones.

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

↳ ¿Cuándo comenzaron inicialmente los síntomas? _____ / _____ / _____
₇₇ No sé ₈₈ No contestó dd mmm aaa

12. En algún momento, ¿te ha dicho un médico o profesional de salud que es posible que podrías tener el virus del Zika?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

↳ ¿Cuándo? ____ / ____ / ____
 dd mmm aaaa

₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Ahora te haré unas preguntas sobre tu trabajo.

13. Durante los últimos 3 meses, ¿has trabajado? Incluye todos los trabajos que has tenido, incluyendo trabajos por cuenta propia.

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

↳ En los últimos 3 meses, ¿tu trabajo involucró?:

Fabricación de baterías o reciclaje de baterías	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Reciclaje de desechos electrónicos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de oro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de carbón	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen plomo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que tú u tus compañeros de trabajo utilicen mercurio	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

Ahora te haré unas preguntas acerca de condiciones de tu salud que hayas tenido.

14. En algún momento, ¿has tenido...?

14a. Fiebre amarilla

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

↳ ¿Cuándo?

₄ En los últimos 3 meses ₃ Entre 3 - 6 meses atrás ₂ 7 - 12 meses atrás

₁ 13 meses - 5 años atrás ₀ Hace más de 5 años

₇₇ No sé ₈₈ No contestó

14b. Dengue

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─┬─> ¿Cuántas veces has tenido dengue?

_____ número de veces ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─┬─> Indica cuándo y si tenía dengue grave:

<input type="checkbox"/> ₄ En los últimos 3 meses	→	<input type="checkbox"/> ₁ Grave
<input type="checkbox"/> ₃ Entre 3 - 6 meses atrás	→	<input type="checkbox"/> ₁ Grave
<input type="checkbox"/> ₂ 7 - 12 meses atrás	→	<input type="checkbox"/> ₁ Grave
<input type="checkbox"/> ₁ 13 meses - 5 años atrás	→	<input type="checkbox"/> ₁ Grave
<input type="checkbox"/> ₀ Hace más de 5 años	→	<input type="checkbox"/> ₁ Grave
<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó		

14c. Chikunguña

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─┬─> ¿Cuándo?

₄ En los últimos 3 meses ₃ Entre 3 - 6 meses atrás ₂ 7 - 12 meses atrás

₁ 13 meses - 5 años atrás ₀ Hace más de 5 años

₇₇ No sé ₈₈ No contestó

15. En algún momento, ¿te has vacunado contra la fiebre amarilla?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

16. En los últimos 3 meses, ¿has fumado cigarrillos?

₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Las próximas preguntas son acerca de tus experiencias sexuales recientes. Si te sientes más cómodo, puedes decidir no contestar estas preguntas.

17. En los últimos 3 meses, ¿con cuántas mujeres has tenido relaciones sexuales?

₀ Ninguna ₁ 1 ₂ 2 ₃ 3 o más ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

└─┬─> ❖ Si "Ninguna", pase a la pregunta #22.

18. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales vaginales con una mujer? Escoge la mejor respuesta.

- ₁ Una vez al día o más
- ₂ Dos o más veces a la semana
- ₃ Una vez a la semana
- ₄ Algunas veces al mes
- ₅ Una vez al mes
- ₆ Menos de una vez al mes
- ₀ Nunca
- ₇₇ No sé
- ₈₈ No contestó

19. Cuando tuviste relaciones sexuales en los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia usaste condón?

- ₂ Siempre ₁ A veces ₀ Nunca ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

20. En los últimos 3 meses, ¿has...?

Recibido sexo oral de alguien	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dado sexo oral a alguien	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tenido sexo anal	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

21. Desde que te enteraste que tu pareja está embarazada, ¿has cambiado la frecuencia con que usas condones durante relaciones sexuales con tu pareja?

- ₁ Sí, los usamos con más frecuencia
- ₂ Sí, los usamos menos frecuentemente
- ₃ No, no hemos cambiado la frecuencia del uso del condón
- ₄ No usamos condones
- ₀ No he tenido sexo regularmente con una pareja
- ₇₇ No sé
- ₈₈ No contestó

22. ¿Estás circuncidado?

- ₁ Sí ₀ No ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

Muchas gracias por tu tiempo. ¿Tienes alguna pregunta?