**Cuestionario de síntomas para BEBÉS**

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Instrucciones para entrevistadores: Si hoy es la primera cita, di “Desde que nació tu bebé” en lugar de “Desde la última cita del estudio de tu bebé”.**

Primero voy a actualizar la información sobre el seguro médico.

**1.** ¿Qué tipo de afiliación tiene tu bebé?

🞎1 Contributivo     🞎2 Subsidiado     🞎3 No asegurado  🞎4 Especial    🞎5 Excepción

🞎6 Indeterminado/pendiente      🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*

**2.** ¿Cuál es el nombre del prestador de servicios de salud (EPS) de tu bebé?

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*

Ahora tenemos unas preguntas acerca de la lactancia y la alimentación de tu bebé.

**3.** ¿Cómo estás alimentando a tu bebé actualmente?

|  |  |
| --- | --- |
| Leche materna del seno (amamantando) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Leche maternal en tetero | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Fórmula para lactantes en tetero | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Alimentos sólidos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Leche u otra alimentación a través de una sonda de alimentación o por vía intravenosa | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**4.** ¿Has observado alguna dificultad en tu bebé durante el amamantamiento?

|  |  |
| --- | --- |
| Regurgitación excesiva | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Babeo excesivo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Nauseas/tos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dificultad para tragar/pasar la comida | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dificultad para prenderse al seno | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*  🞎99 No aplica |
| Dificultad para succionar el seno o el tetero | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*  🞎99 No aplica |
| Espalda arqueada/retorcerse | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**5.** ¿En promedio, podrías decir cuantas horas llora tu bebé al día?

🞎0 <1 hora 🞎1 1-3 horas 🞎2 3-6 horas 🞎3 6-9 horas 🞎4 9-12 horas 🞎5 >12 horas

🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*

**6.** ¿Desde la última cita del estudio de tu bebé, ¿has buscado atención médica para el en una institución prestadora de salud diferente a *la IPS del estudio*?

🞎1 Sí **🡪 Pase a la pregunta #6a**

🞎0 No **🡪 Pase a la pregunta #7**

🞎77 *No sé* **🡪 Pase a la pregunta #7**

🞎88 *No contestó* **🡪 Pase a la pregunta #7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6a.** Si es así, diligencia la tabla abajo: | | |
| **Razón** | | **Fecha de la cita** |
| Tú bebé estaba enfermo/a (por ejemplo, tuvo fiebre, un brote (sarpullido), etc.) | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| **A tu bebé le hicieron alguna de las siguientes pruebas?** | | |
| Ecografía transfontanelar | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Resonancia magnética | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tomografía axial computarizada | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Evaluación auditiva | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Evaluación visual | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Otra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| **A tu bebé lo vio algún otro profesional de la salud como:** | | |
| Pediatra | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Terapia ocupacional/física | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Neurólogo | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Gastroenterólogo | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| ¿Tu bebé tuvo alguna Hospitalización? | 🞎1 Sí (Nombre de la IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | *Fecha del ingreso:*  \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  D D M M M A A A A  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| **6b.**  Si contesto si, algún profesional de salud te dijo que tu bebé pudo haber tenido uno de los siguientes? | | |
| Virus del Zika | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | |
| Dengue | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | |
| Chikunguña | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | |
| Mayaro | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | |
| Fiebre amarilla | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | |
| Citomegalovirus | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* | |
| Rubeola | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestó | |
| Toxoplasmosis | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestó | |
| Síflis | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestó | |
| Varicela | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestó | |
| Parvovirus | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestó | |
| Herpes | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestó | |
| Other | 🞎1 Sí, espifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎0 No 🞎77 No sé 🞎88 No contestó | |

**7.** Desde la última cita del estudio de tu bebé. ¿tu bebé tuvo alguno de los siguientes síntomas?

|  |  |
| --- | --- |
| Fiebre | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Brote (sarpullido) no debido a pañalitis | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Ojos rojos por más de dos horas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dolor en las articulaciones (dificultad en moverse) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Vómito | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Estornudo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Secreción nasal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Ganglios inflamados | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Durmiendo más de lo habitual | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Comiendo menos de lo habitual | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Piel roja sin brote | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Sangre en la orina | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Hemorragia/sangrado nasal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

* **Si respondió SI a fiebre, brote (sarpullido), ojos rojos, o dolor en las articulaciones pase a la pregunta #8.**
* **Si no, pase a la pregunta #11.**

**8.** *Si respondió “Sí” a* ***fiebre*** en la pregunta #7*:*

|  |  |
| --- | --- |
| 8a. Cuando tu bebé tuvo fiebre, ¿cuál fue la temperatura más alta que tuvo? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ centígrados 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 8b. ¿Cuándo comenzó la fiebre? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó*  D D M M M A A A A |
| 8c. ¿Cuantos días duró? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎66 Todavía persiste  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**9.** *Si respondió “Sí” al* ***brote (sarpullido)*** en la pregunta #7*:*

|  |  |
| --- | --- |
| 9a. Cuando tu bebé tuvo el brote, ¿parecía que le picaba? | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 9b. ¿El brote tuvo ronchas? | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 9c. ¿En qué parte del cuerpo de tu bebé apareció el brote inicialmente? |  |
| Cara | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Cuello | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Pecho | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Estómago | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Brazos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Manos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Espalda | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Piernas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Pies | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Nalgas / área genital | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 9d. ¿ A qué partes de su cuerpo se propagó el brote? |  |
| Cara | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Cuello | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Pecho | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Estómago | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Brazos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Manos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Espalda | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Piernas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Pies | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Nalgas / área genital | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 9e. ¿Cuándo comenzó el brote? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé*  D D M M M A A A A 🞎88 *No contestó* |
| 9f. ¿Cuántos días duró el brote? | 🞎66 Todavía persiste  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**10.** *Si respondió “Sí” a* ***ojos rojos por más de dos horas*** en la pregunta #7*:*

|  |  |
| --- | --- |
| 10a. ¿Los dos ojos estaban rojos o sólo uno? | 🞎2 Ambos 🞎1 Sólo uno  🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 10b. ¿Había secreción? (Fluido o pus saliendo del ojo) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 10c. ¿Cuándo te diste cuenta que los ojos de tu bebé estaban rojos? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé*  D D M M M A A A A 🞎88 *No contestó* |
| 10d. ¿Cuántos días duró? | 🞎66 Todavía persiste  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**11.** *Si respondió “Sí” a* ***dolor en las articulaciones*** en la pregunta #7*:*

|  |  |
| --- | --- |
| 11a. ¿Cuándo te diste cuenta sobre el dolor en las articulaciones? | \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No sé*  D D M M M A A A A 🞎88 *No contestó* |
| 11b. ¿Cuántos días duró? | 🞎66 Todavía persiste  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| 11c. ¿En dónde te diste cuenta del dolor en las articulaciones? |  |
| Brazos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Piernas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Otro lugar | 🞎1 Sí, especifique donde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**12.** ¿Desde la última cita del estudio de tu bebé, ha tenido algún otro síntoma ¿te gustaría contarme cuáles?

🞎1 Sí 🡪 ¿Cuáles síntomas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎0 No

🞎77 *No sé*

🞎88 *No contestó*

**13.** ¿Desde la última cita del estudio, tu bebé o tú se han inscrito en otro estudio del virus del Zika?

🞎3 Sí, yo me inscribí 🡪 ¿Cuál estudio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎2 Sí, yo inscribí a mi bebé 🡪 ¿Cuál estudio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎1 Sí, yo me inscribi e inscribí a mi bebé🡪 ¿Cuál estudio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎0 No

🞎77 *No sé*

🞎88 *No contestó*

**Gracias por completar el cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?**