

Código de participante: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
D D M M M A A A A

Entrevistador: \_\_\_\_\_

## 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?

- <sub>1</sub> Contributivo   <sub>2</sub> Subsidiado   <sub>3</sub> No asegurado   <sub>4</sub> Especial   <sub>5</sub> Excepción  
<sub>6</sub> Indeterminado/pendiente   <sub>77</sub> No sé   <sub>88</sub> No contestó

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

Nombre: \_\_\_\_\_ <sub>77</sub> No sé   <sub>88</sub> 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)  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Leche maternal en tetero  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Fórmula para lactantes en tetero  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Alimentos sólidos   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Leche u otra alimentación a través de una sonda de alimentación o por vía intravenosa | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |

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

|                        |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|
| Regurgitación excesiva | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Babeo excesivo         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |

### Anexo F4, versión 29/JUN/2017

Aprobado CDC IRB 06MAR17

CDC estimates the average public reporting burden for this collection of information as 10 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data/information sources, gathering and maintaining the data/information needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1190).

Código de participante: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Nauseas/tos                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Dificultad para tragar/pasar la comida        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Dificultad para prenderse al seno             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó<br><input type="checkbox"/> <sub>99</sub> No aplica |
| Dificultad para succionar el seno o el tetero | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó<br><input type="checkbox"/> <sub>99</sub> No aplica |
| Espalda arqueada/retorcerse                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| Otro: _____                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |

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

- <sub>0</sub> <1 hora   <sub>1</sub> 1-3 horas   <sub>2</sub> 3-6 horas   <sub>3</sub> 6-9 horas   <sub>4</sub> 9-12 horas   <sub>5</sub> >12 horas  
<sub>77</sub> No sé   <sub>88</sub> 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?

- <sub>1</sub> Sí → Pase a la pregunta #6a  
<sub>0</sub> No → Pase a la pregunta #7  
<sub>77</sub> No sé → Pase a la pregunta #7  
<sub>88</sub> 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.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| <b>A tu bebé le hicieron alguna de las siguientes pruebas?</b>                   |  |   |
| Ecografía transfontanelar  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Resonancia magnética   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Tomografía axial computarizada   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Evaluación auditiva  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Evaluación visual  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Otra: _____  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| <b>A tu bebé lo vio algún otro profesional de la salud como:</b>                 |  |   |

Código de participante: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

|  |  |   |
|--|--|---|
| Pediatra   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                       |
| Terapia ocupacional/física   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                       |
| Neurólogo  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                       |
| Gastroenterólogo   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                       |
| Otro: _____  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | ____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                       |
| ¿Tu bebé tuvo alguna Hospitalización?  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____)<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó | Fecha del ingreso:<br>____/____/_____<br>D D M M M A A A A<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| <b>6b. Si contesto si, algún profesional de salud te dijo que tu bebé pudo haber tenido uno de los siguientes?</b> |  |   |
| Virus del Zika   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Dengue   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Chikunguña   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Mayaro   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Fiebre amarilla  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Citomegalovirus  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Rubeola  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Toxoplasmosis  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Sífilis  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Varicela   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Parvovirus   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Herpes   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                              |   |
| Other  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí, específica: _____<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó        |   |

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

|   |   |
|---|---|
| Fiebre  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Brote (sarpullido) no debido a pañalitis            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Ojos rojos por más de dos horas                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Dolor en las articulaciones (dificultad en moverse) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Vómito  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Tos                           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Estornudo                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Secreción nasal               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Ganglios inflamados           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Durmiendo más de lo habitual  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Comiendo menos de lo habitual | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Piel roja sin brote           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Sangre en la orina            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Hemorragia/sangrado nasal     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> 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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó   |
| 8b. ¿Cuándo comenzó la fiebre?  | ___/___/___ <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó<br>D D M M M A A A A                                      |
| 8c. ¿Cuántos días duró?   | _____ días <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste<br><input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |

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

|   |   |
|---|---|
| 9a. Cuando tu bebé tuvo el brote, ¿parecía que le picaba?               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| 9b. ¿El brote tuvo ronchas?   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| 9c. ¿En qué parte del cuerpo de tu bebé apareció el brote inicialmente? |   |
| Cara  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |

Código de participante: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Cuello   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Pecho  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Estómago   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Brazos   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Manos  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Espalda  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Piernas  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Pies   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Nalgas / área genital                                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| 9d. ¿ A qué partes de su cuerpo se propagó el brote? |  |  |  |  |
| Cara   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Cuello   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Pecho  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Estómago   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Brazos   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Manos  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Espalda  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Piernas  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Pies   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Nalgas / área genital                                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| 9e. ¿Cuándo comenzó el brote?                        | ____/____/____<br>D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                               |  |  |  |
| 9f. ¿Cuántos días duró el brote?                     | <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste<br>____ días <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> 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?                        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Ambos  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sólo uno | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| 10b. ¿Había secreción? (Fluido o pus saliendo del ojo)              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí   | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No       | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| 10c. ¿Cuándo te diste cuenta que los ojos de tu bebé estaban rojos? | ____/____/____<br>D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó                               |  |  |  |
| 10d. ¿Cuántos días duró?  | <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste<br>____ días <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> 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? | ____/____/____<br>D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé<br><input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

Código de participante: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
|   | <i>contestó</i>  |
| 11b. ¿Cuántos días duró?  | <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste<br>_____ días <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No<br><i>contestó</i>  |
| 11c. ¿En dónde te diste cuenta del dolor en las articulaciones? |  |
| Brazos  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No<br><i>contestó</i>                              |
| Piernas   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No<br><i>contestó</i>                              |
| Otro lugar  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí, especifique donde:<br>_____<br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No <i>contestó</i> |

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

<sub>1</sub> Sí → ¿Cuáles síntomas?

---

<sub>0</sub> No  
<sub>77</sub> No sé  
<sub>88</sub> No *contestó*

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

<sub>3</sub> Sí, yo me inscribí → ¿Cuál estudio?

---

<sub>2</sub> Sí, yo inscribí a mi bebé → ¿Cuál estudio?

---

<sub>1</sub> Sí, yo me inscribí e inscribí a mi bebé → ¿Cuál estudio?

---

<sub>0</sub> No  
<sub>77</sub> No sé  
<sub>88</sub> No *contestó*

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