**Cuestionario de seguimiento a la GESTANTE**

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

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

**Primero, voy a actualizar la información sobre su seguro médico.**

1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene?

🞎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 de tu seguro médico?

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

**Siguiente, te voy a hacer unas preguntas acerca de las picaduras de zancudos/mosquitos.**

**3.** Durante los últimos 7 días, ¿cuántas picaduras de zancudos/mosquitos has recibido?

🞎0 Ninguna 🞎1 Menos de 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.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nunca0 | Algunas veces1 | Siempre2 | *No sé77* | *No contestó88* |
| ¿Has usado pantalones largos que cubrían las piernas? |  |  |  |  |  |
| ¿Has usado blusas o chaquetas de manga larga que cubrían los brazos? |  |  |  |  |  |
| ¿Has cubierto completamente tus pies y tobillos? |  |  |  |  |  |
| ¿Has usado repelente contra los zancudos/mosquitos? |  |  |  |  |  |

**5.** Durante los últimos 7 días, cuando estabas dentro de tu casa, ¿con qué frecuencia usabas el aire acondicionado?

🞎0 Nunca 🞎1 Algunas veces 🞎2 La mayoría del tiempo 🞎3 Siempre 🞎66 No tengo aire acondicionado

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**6.** En tu casa, ¿tienes anjeos intactos en tus ventanas y puertas que previenen la entrada de zancudos/mosquitos?

🞎1 Sí, en todas las ventanas y puertas 🞎2 En algunas 🞎0 Ninguna

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**7.** ¿Cuántos adultos y niños viven en tu casa, no contando a ti?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adultos (18+ años) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ niños (<18 años) 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

* **Si la gestante vive sola en su casa, pase a la pregunta #10.**

**Las próximas preguntas son acerca del virus del Zika.**

**8.** Desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿alguien en tu casa aparte de ti ha tenido síntomas del virus del Zika? Síntomas del virus del Zika significa tener 2 o más síntomas que no se puedan explicar por otras causas: fiebre, brote (sarpullido), ojos rojos y dolor en las articulaciones.

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎78 Vivo sola en la casa 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

Fue tu…

|  |  |
| --- | --- |
| Esposo o pareja | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Tu hijo/hija | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Otra persona en la casa | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*  *Si la respuesta es sí, quien fue?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**9.** Desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿un médico o profesional de salud le ha dicho a alguien en tu casa aparte de ti que ha contraído el virus del Zika?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎78 Vivo sola en la casa 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

Fue tu…

|  |  |
| --- | --- |
| Esposo o pareja | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Tu hijo/hija | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Otra persona en la casa | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎66 No aplica 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*  *Si la respuesta es sí, quien fue?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**Ahora te haré unas preguntas sobre tu casa, tu comunidad y tu medio ambiente.**

**10.** Desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿has cambiado de trabajo?

🞎1 Sí 🞎0 No, estoy todavía en el mismo trabajo 🞎66 No, no tengo trabajo 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

Desde tu última cita clínica, ¿tu trabajo involucró alguno de los siguientes?

|  |  |
| --- | --- |
| Radiografías (rayos X) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Contacto con fluidos corporales, como orina, saliva o sangre | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Uso de pesticidas, insecticidas, o raticidas | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Fábrica de baterías o reciclaje de baterías | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Reciclaje de desechos electrónicos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de oro | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de otras metales (por ejemplo: uranio, níquel, cobalto) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen plomo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen mercurio | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

* **Si en la pregunta #7, la gestante vive sola, pase a la pregunta #12.**

**11.** Desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿alguien en tu casa aparte de ti ha trabajado en alguno de los siguientes?

|  |  |
| --- | --- |
| Fabricación de baterías o reciclaje de baterías | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Reciclaje de desechos electrónicos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de oro | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Extracción o procesamiento de otros metales (por ejemplo: uranio, níquel, cobalto) | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen plomo | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen mercurio | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**12.** Desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿tú o alguien en tu casa ha utilizado pesticidas, insecticidas o raticidas adentro o alrededor de tu casa?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Las siguientes preguntas son sobre el uso de cigarrillos, drogas, alcohol y vitaminas.**

**13.** Desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿has…?

|  |  |
| --- | --- |
| Fumado cigarrillos | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Fumado marihuana | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |
| Usado drogas como bazuco, cocaína, o heroína | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó* |

**14.** Desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿cuántas bebidas alcohólicas (como cerveza, vino u otra) has tomado en promedio en una semana?

🞎6 Tomé alcohol, pero no sé cuántas bebidas he tomado

🞎5 14 bebidas o más a la semana 🞎4 7–13 bebidas a la semana 🞎3 4-6 bebidas a la semana

🞎2 1–3 bebidas a la semana 🞎1 Menos de 1 bebida a la semana 🞎0 Ninguna

🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**15.** Desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿has tomado ácido fólico?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

¿Todavía lo estás tomando?

🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*  🞎88 *No contestó*

**Estas preguntas son acerca de tus experiencias sexuales recientes. Si te sientes más cómoda, puedes decidir no contestar estas preguntas.**

**16.** Desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales vaginales con un hombre? 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 **🡪 pase a la pregunta #18**

🞎77 *No sé* **🡪 pase a la pregunta #18**

🞎88 *No contestó* **🡪 pase a la pregunta #18**

**17.** Cuando tuviste relaciones sexuales vaginales desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿con qué frecuencia tu pareja usó condón?

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

**18.** Desde tu última cita clínica para la recolección de la muestra de sangre, ¿has…?

|  |  |
| --- | --- |
| Recibido sexo oral de alguien | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Dado sexo oral a alguien | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |
| Tenido sexo anal | 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé* 🞎88 *No contestó* |

**Gracias por responder al cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?**