

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

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

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

## **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?

- <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 de tu seguro médico?

Nombre: \_\_\_\_\_ <sub>77</sub> No sé   <sub>88</sub> 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?

- <sub>0</sub> Ninguna  
 <sub>1</sub> Menos de 20  
 <sub>2</sub> 20 o más o demasiadas para contarlas  
 <sub>77</sub> No sé  
 <sub>88</sub> No contestó

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

|                                  | Nunca <sub>0</sub> | Algunas veces <sub>1</sub> | Siempre <sub>2</sub> | No sé <sub>77</sub> | No contestó <sub>88</sub> |
|----------------------------------|--------------------|----------------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|
| ¿Has usado pantalones largos que |                    |                            |                      |                     |                           |

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

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 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                                | <input type="checkbox"/> _1 Sí | <input type="checkbox"/> _0 No | <input type="checkbox"/> _66 No aplica | <input type="checkbox"/> _77 No sé | <input type="checkbox"/> _88 No contestó |
| Tu hijo/hija                                   | <input type="checkbox"/> _1 Sí | <input type="checkbox"/> _0 No | <input type="checkbox"/> _66 No aplica | <input type="checkbox"/> _77 No sé | <input type="checkbox"/> _88 No contestó |
| Otra persona en la casa                        | <input type="checkbox"/> _1 Sí | <input type="checkbox"/> _0 No | <input type="checkbox"/> _66 No aplica | <input type="checkbox"/> _77 No sé | <input type="checkbox"/> _88 No contestó |
| <i>Si la respuesta es sí, quien fue? _____</i> |                                |                                |  |                                    |  |

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...

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

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Esposo o pareja                                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> No aplica | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Tu hijo/hija                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> No aplica | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| Otra persona en la casa                        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No | <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> No aplica | <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó |
| <i>Si la respuesta es sí, quien fue? _____</i> |  |  |  |  |  |

**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?

<sub>1</sub> Sí   <sub>0</sub> No, estoy todavía en el mismo trabajo   <sub>66</sub> No, no tengo trabajo   <sub>77</sub> No sé   <sub>88</sub> No contestó

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

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Radiografías (rayos X)   | <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 |
| Contacto con fluidos corporales, como orina, saliva o sangre                       | <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 |
| Uso de pesticidas, insecticidas, o raticidas                                       | <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 |
| Fábrica de baterías o reciclaje de baterías  | <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 |
| Reciclaje de desechos electrónicos   | <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 |
| Extracción o procesamiento de oro  | <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 |
| Extracción o procesamiento de otras metales (por ejemplo: uranio, níquel, cobalto) | <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 |
| Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen plomo                 | <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 |
| Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen mercurio              | <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 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                                    | <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 |
| Reciclaje de desechos electrónicos   | <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 |
| Extracción o procesamiento de oro  | <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 |
| Extracción o procesamiento de otros metales (por ejemplo: uranio, níquel, cobalto) | <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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen plomo    | <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 |
| Un trabajo en el que su o sus compañeros de trabajo utilicen mercurio | <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 |

**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?

<sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> No <sub>77</sub> No sé <sub>88</sub> 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                           | <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 |
| Fumado marihuana                             | <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 |
| Usado drogas como bazuco, cocaína, o heroína | <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 |

**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?

<sub>6</sub> Tomé alcohol, pero no sé cuántas bebidas he tomado  
<sub>5</sub> 14 bebidas o más a la semana <sub>4</sub> 7-13 bebidas a la semana <sub>3</sub> 4-6 bebidas a la semana  
<sub>2</sub> 1-3 bebidas a la semana <sub>1</sub> Menos de 1 bebida a la semana <sub>0</sub> Ninguna  
<sub>77</sub> No sé <sub>88</sub> No contestó

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

<sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> No <sub>77</sub> No sé <sub>88</sub> No contestó

└───> ¿Todavía lo estás tomando?

<sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> No <sub>77</sub> No sé <sub>88</sub> 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.

<sub>1</sub> Una vez al día o más  
<sub>2</sub> Dos o más veces a la semana  
<sub>3</sub> Una vez a la semana  
<sub>4</sub> Algunas veces al mes  
<sub>5</sub> Una vez al mes  
<sub>6</sub> Menos de una vez al mes  
<sub>0</sub> Nunca → **pase a la pregunta #18**

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

<sub>77</sub> No sé → **pase a la pregunta #18**

<sub>88</sub> 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?

<sub>2</sub> Siempre    <sub>1</sub> A veces    <sub>0</sub> Nunca    <sub>77</sub> No sé    <sub>88</sub> No contestó

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

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Recibido sexo oral de alguien | <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 |
| Dado sexo oral a alguien      | <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 |
| Tenido sexo anal              | <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 |

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