

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

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

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

## Cuestionario de inscripción para la PAREJA

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

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

<sub>1</sub> Menos que primaria <sub>2</sub> Primaria <sub>3</sub> Secundaria <sub>4</sub> Técnico <sub>5</sub> Universidad o más <sub>5</sub>  
Ninguna  
<sub>77</sub> No sé <sub>88</sub> No contestó

3. ¿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

4. ¿Cuál es el nombre de tu seguro médico?

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

### Las próximas preguntas son sobre picaduras de zancudo/mosquitos.

5. 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

6. 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 cubrían las piernas?					
¿Has usado camisas o chaquetas de manga larga que cubrían los brazos?					
¿Has cubierto completamente tus pies y tobillos?					
¿Has usado repelente contra los zancudos/mosquitos?					

Las próximas preguntas son acerca de lo que quizás has escuchado sobre el virus del Zika.

7. ¿Crees que es posible que alguien en tu comunidad pueda contraer el virus del Zika?

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

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

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

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

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

↳ 7a. ¿Has sido infectado por el virus del Zika?

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

10. Indica tu nivel de preocupación de infectarte con el virus del Zika durante el embarazo de tu pareja.

<sub>3</sub> Muy preocupado    <sub>2</sub> Un poco preocupado    <sub>1</sub> No estoy preocupado  
<sub>77</sub> No sé    <sub>88</sub> No contestó

**11.** A continuación te 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 <sub>2</sub>	Poco probable <sub>1</sub>	Imposible <sub>0</sub>	No sé <sub>77</sub>	No contestó <sub>88</sub>
Picaduras de zancudos/mosquitos					
Tener sexo vaginal sin condón con una mujer que está infectada con Zika					
Besar a alguien en los labios que está infectado con Zika					
Darle la mano a una persona que está infectada con Zika					
Cuando alguien que tiene Zika tose o estornuda cerca de ti					
Al recibir una transfusión de sangre contaminada con el virus del Zika					
Al estar en el útero si una madre tiene Zika durante el embarazo					

**12.** 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 <sub>2</sub>	Poco probable <sub>1</sub>	Imposible <sub>0</sub>	No sé <sub>77</sub>	No contestó <sub>88</sub>
Microcefalia (una cabeza pequeña)					
Otras anomalías congénitas					
Restricción del crecimiento intrauterino (bebe pequeño)					
Pérdidas del embarazo/mortinato					



**Ahora te haré unas preguntas acerca de tu salud.**

**16.** En algún momento, ¿has tenido alguno de los siguientes?

**16a.** Fiebre amarilla

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

└─┬─> ¿Cuándo?

Menos de 3 meses atrás	<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
Entre 3 - 6 meses atrás	<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
7 - 12 meses	<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
13 meses - 5 años atrás	<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
Hace más de 5 años	<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

**16b.** Dengue

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

└─┬─> ¿Cuándo?

Menos de 3 meses atrás	<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	¿Fue dengue grave? <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
Entre 3 - 6 meses atrás	<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	¿Fue dengue grave? <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
7 - 12 meses	<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	¿Fue dengue grave? <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
13 meses - 5 años atrás	<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	¿Fue dengue grave? <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
Hace más de 5 años	<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	¿Fue dengue grave? <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

**16c.** Chikunguña

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

└─┬─>

¿Cuándo?

Menos de 3 meses atrás	<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
Entre 3 – 6 meses atrás	<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
7 – 12 meses	<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
13 meses – 5 años atrás	<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
Hace más de 5 años	<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

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

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

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

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

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

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

- <sub>0</sub> Ninguna → **Termina el cuestionario.**
- <sub>1</sub> 1
- <sub>2</sub> 2
- <sub>3</sub> 3 o más
- <sub>77</sub> No sé → **Termina el cuestionario.**
- <sub>88</sub> No contestó → **Termina el cuestionario.**

20. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales vaginales con una mujer?

- <sub>1</sub> Una vez al día o más      (7 veces o más por semana)
- <sub>2</sub> 2-6 veces a la semana
- <sub>3</sub> Una vez a la semana      (4 veces por semana)
- <sub>4</sub> 2-3 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 #22.**
- <sub>77</sub> No sé → **Pase a la pregunta #22.**
- <sub>88</sub> No contestó → **Pase a la pregunta #22.**

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

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

22. En los últimos 3 meses, ¿has...?

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

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

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

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

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