

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?

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

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

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

Código de participante: _____ - ____ - _____

Nauseas/tos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dificultad para tragar/pasar la comida	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Dificultad para prenderse al seno	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó <input type="checkbox"/> ₉₉ No aplica
Dificultad para succionar el seno o el tetero	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó <input type="checkbox"/> ₉₉ No aplica
Espalda arqueada/retorcerse	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Otro: _____	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	___/___/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
A tu bebé le hicieron alguna de las siguientes pruebas?		
Ecografía transfontanelar	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	___/___/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	___/___/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Tomografía axial computarizada	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	___/___/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Evaluación auditiva	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	___/___/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Evaluación visual	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	___/___/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Otra: _____	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	___/___/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó

A tu bebé lo vio algún otro profesional de la salud como:		
Pediatra	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	____/____/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Terapia ocupacional/física	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	____/____/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Neurólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	____/____/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Gastroenterólogo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	____/____/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Otro: _____	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	____/____/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
¿Tu bebé tuvo alguna hospitalización?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	Fecha del ingreso: ____/____/_____ D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Dengue	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Chikungunya	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Mayaro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Rubeola	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Sífilis	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Varicela	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Parvovirus	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Herpes	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	
Otro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí, especifica: _____ <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó	

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

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

Código de participante: _____ - _____ - _____

	<i>contestó</i>
Tos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i>
Estornudo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i>
Secreción nasal	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i>
Ganglios inflamados	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i>
Durmiendo más de lo habitual	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i>
Comiendo menos de lo habitual	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i>
Piel roja sin brote	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i>
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i>
Hemorragia/sangrado nasal	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i>

- ❖ Si respondió Sí a **fiebre, brote (sarpullido), ojos rojos, o dolor en las articulaciones** pase a la pregunta #8.
- ❖ Si no, pase a la pregunta #12.

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"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i>
8b. ¿Cuándo comenzó la fiebre?	___/___/___ <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No <i>contestó</i> D D M M M A A A A
8c. ¿Cuántos días duró?	_____ días <input type="checkbox"/> ₆₆ Todavía persiste <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
9b. ¿El brote tuvo ronchas?	<input type="checkbox"/> ₁ Sí <input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₇₇ No sé <input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
9c. ¿En qué parte del cuerpo de tu bebé apareció el brote inicialmente?	

Código de participante: _____ - ____ - _____

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

Código de participante: _____ - _____ - _____

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

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

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 inscribí e inscribí a mi bebé → ¿Cuál estudio?

- ₀ No
₇₇ No sé
₈₈ No contestó

Gracias por completar el cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?