

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

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

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

## Cuestionario de síntomas en ADULTOS

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

Clínica: \_\_\_\_\_

- ❖ **Instrucciones para el entrevistador:** Si es la cita de inscripción, di “En los últimos 2 semanas” en vez de “Desde tu última cita del estudio”.

1. Desde tu última cita del estudio, ¿has tenido 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)	<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 durante más que 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 o inflamación en las articulaciones	<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 el participante respondió “Sí” a algunos de los síntomas anteriores, pase a la pregunta #2.
- ❖ Si contestó “No” a todos, pase a la pregunta #7.

2. Desde tu última cita del estudio, ¿has buscado atención médica para alguno o todos de los síntomas en una IPS diferente a la IPS del estudio?

- <sub>1</sub> Sí → Pase a la pregunta #2a
- <sub>0</sub> No → Pase a la pregunta #3
- <sub>77</sub> No sé → Pase a la pregunta #3
- <sub>88</sub> No contestó → Pase a la pregunta #3

2a. ¿Cuándo buscaste atención médica?	___/___/___ D D M M M A A A A	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
2b. ¿En dónde buscaste atención médica?	Nombre de la IPS: _____  Dirección de la IPS: _____	
2c. Cuando buscaste atención médica, ¿algún profesional de		

salud te dijo que podrías tener alguno de los siguientes?	
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
Otro	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí, especifica cual: _____ <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

3. Si respondió "Sí" a **fiebre**:

3a. Cuando tuviste fiebre, ¿cuál fue la temperatura más alta que tuviste?	_____ centígrados <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
3b. ¿Cuándo comenzó la fiebre?	___/___/___ <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó D D M M M A A A A
3c. ¿Cuántos días duró?	_____ días <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

4. Si respondió "Sí" al **brote (sarpullido)**:

4a. Cuando tuviste el brote, ¿te dio picazón?	<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
4b. ¿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
4c. ¿En qué parte de tu cuerpo 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
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
4d. ¿En qué partes del 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
4e. ¿Cuándo comenzó el brote?	____/____/____ <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
4f. ¿Cuántos días duró el brote?	_____ días <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

5. Si respondió "Sí" a **ojos rojos durante más que dos horas**:

5a. Cuando tuviste ojos rojos, ¿los ojos te picaban?	<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
5b. ¿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
5c. ¿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
5d. ¿Cuándo te diste cuenta que los ojos estaban rojos?	____/____/____ <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
5e. ¿Cuántos días duró?	_____ días <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

6. Si respondió "Sí" a **dolor o inflamación en las articulaciones**:

6a. Cuando tuviste dolor en las articulaciones o cuando estaban inflamadas, ¿qué articulaciones se afectaron?	
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
Hombros	<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
Cadera	<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
Rodillas	<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
Tobillos	<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
Dedos de los 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
Codos	<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
Muñecas	<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
Dedos de los 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
6b. ¿Cuándo te diste cuenta que tenías dolor en las articulaciones o que estaban inflamadas?	____/____/____ <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

6c. ¿Cuántos días duró el dolor o la inflamación?	_____ días <input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
---	---

7. Desde tu última cita del estudio, ¿tuviste alguno de los siguientes síntomas?

Náusea	<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
Vómitos	<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
Diarrea	<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
Dolor de la garganta	<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
Mareos o desmayos	<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
Entumecimiento u hormigueo en las manos o 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
Zumbido en los oídos	<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
Cansancio o fatiga	<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
Debilidad muscular	<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
Mialgias (dolor muscular)	<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 de cabeza	<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 de 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
Dolor abdominal	<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 los ojos	<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
Sensibilidad a la luz	<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 atrás de los ojos	<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
Picazón en la piel 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
Piel enrojecida 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
Dolor de 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
Falta de aire	<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
Heces negra	<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
Estreñimiento	<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
[Sólo mujeres:] Sangrado vaginal	<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 <input type="checkbox"/> <sub>99</sub> No aplica
[Sólo mujeres:] Secreción vaginal	<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 <input type="checkbox"/> <sub>99</sub> No aplica
[Sólo hombres:] Sangre en el semen	<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 <input type="checkbox"/> <sub>99</sub> No aplica

8. Desde tu última cita del estudio, ¿has tenido algunos otros síntomas poco comunes que te gustaría contarme?

<sub>1</sub> Sí    → ¿Cuáles síntomas? \_\_\_\_\_

<sub>0</sub> No

<sub>77</sub> No sé

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

<sub>88</sub> *No contestó*

9. ¿Desde la última cita del estudio, tu bebé o tú ha inscrito en otro estudio del virus del Zika?

<sub>1</sub> Sí → ¿Cuál estudio? \_\_\_\_\_

<sub>0</sub> No

<sub>77</sub> *No sé*

<sub>88</sub> *No contestó*

Gracias por completar el cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?