

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?

- <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 del prestador de servicios de salud (EPS) de tu bebé?

Nombre: \_\_\_\_\_ <sub>77</sub> No sé    <sub>88</sub> 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"/> <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
Leche maternal en tetero	<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
Fórmula para lactantes en tetero	<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
Alimentos sólidos	<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
Leche u otra alimentación a través de una sonda de alimentación o por vía intravenosa	<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

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

Regurgitación excesiva	<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
Babeo excesivo	<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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nauseas/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
Dificultad para tragar/pasar la comida	<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
Dificultad para prenderse al seno	<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
Dificultad para succionar el seno o el tetero	<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
Espalda arqueada/retorcerse	<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	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No	<input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé	<input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

5. ¿En promedio, podrías decir cuantas horas llora tu bebé al día?

- <sub>0</sub> <1 hora   <sub>1</sub> 1-3 horas   <sub>2</sub> 3-6 horas   <sub>3</sub> 6-9 horas   <sub>4</sub> 9-12 horas   <sub>5</sub> >12 horas  
<sub>77</sub> No sé   <sub>88</sub> 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?

- <sub>1</sub> Sí → Pase a la pregunta #6a  
<sub>0</sub> No → Pase a la pregunta #7  
<sub>77</sub> No sé → Pase a la pregunta #7  
<sub>88</sub> 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"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
<b>A tu bebé le hicieron alguna de las siguientes pruebas?</b>		
Ecografía transfontanelar	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Tomografía axial computarizada	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Evaluación auditiva	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Evaluación visual	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Otra: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó

A tu bebé lo vio algún otro profesional de la salud como:		
Pediatra	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Terapia ocupacional/física	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Neurólogo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Gastroenterólogo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
Otro: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <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 <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
¿Tu bebé tuvo alguna hospitalización?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí (Nombre de la IPS: _____) <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó	Fecha del ingreso: ____/____/_____ 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
<b>6b. Si contesto si, algún profesional de salud te dijo que tu bebé pudo haber tenido uno de los siguientes?</b>		
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	
Chikungunya	<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, específica: _____ <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó	

7. Desde la última cita del estudio de tu bebé. ¿tu bebé tuvo 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) no debido a pañalitis	<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 por más de 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 en las articulaciones (dificultad en moverse)	<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
Vómito	<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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

	<i>contestó</i>
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 <i>contestó</i>
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 <i>contestó</i>
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 <i>contestó</i>
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 <i>contestó</i>
Durmiendo más de lo habitual	<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 <i>contestó</i>
Comiendo menos de lo habitual	<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 <i>contestó</i>
Piel roja 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 <i>contestó</i>
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 <i>contestó</i>
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 <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"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No <i>contestó</i>
8b. ¿Cuándo comenzó la fiebre?	___/___/___ <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No <i>contestó</i> D D M M M A A A A
8c. ¿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

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"/> <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
9b. ¿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
9c. ¿En qué parte del cuerpo de tu bebé apareció el brote inicialmente?	

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

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
9d. ¿ A qué partes de su 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
9e. ¿Cuándo comenzó el brote?	____/____/____ 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			
9f. ¿Cuántos días duró el brote?	<input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste ____ días <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> 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"/> <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
10b. ¿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
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"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó			
10d. ¿Cuántos días duró?	<input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste ____ días <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> 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"/> <sub>77</sub> No sé
--	----------------	--

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

las articulaciones?	D D M M M A A A A <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
11b. ¿Cuántos días duró?	<input type="checkbox"/> <sub>66</sub> Todavía persiste _____ días <input type="checkbox"/> <sub>77</sub> No sé <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> No contestó
11c. ¿En dónde te diste cuenta del dolor en las articulaciones?	
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
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
Otro lugar	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí, especifique donde: _____ <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 la última cita del estudio de tu bebé, ha tenido algún otro síntoma que te gustaría contarme?

<sub>1</sub> Sí → ¿Cuáles síntomas?

\_\_\_\_\_

- <sub>0</sub> No  
<sub>77</sub> No sé  
<sub>88</sub> No contestó

**13.** ¿Desde la última cita del estudio, tu bebé o tú se han inscrito en otro estudio del virus del Zika?

<sub>3</sub> Sí, yo me inscribí → ¿Cuál estudio?

\_\_\_\_\_

<sub>2</sub> Sí, yo inscribí a mi bebé → ¿Cuál estudio?

\_\_\_\_\_

<sub>1</sub> Sí, yo me inscribi e inscribí a mi bebé → ¿Cuál estudio?

\_\_\_\_\_

- <sub>0</sub> No  
<sub>77</sub> No sé  
<sub>88</sub> No contestó

**Gracias por completar el cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?**