

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?

- 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 de tu seguro médico?

Nombre: _____ ₇₇ No sé ₈₈ 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?

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

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

	Nunca ₀	Algunas veces ₁	Siempre ₂	No sé ₇₇	No contestó ₈₈
¿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"/> 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>					

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?

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

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

Radiografías (rayos X)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Contacto con fluidos corporales, como orina, saliva o sangre	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Uso de pesticidas, insecticidas, o raticidas	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Fábrica de baterías o reciclaje de baterías	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Reciclaje de desechos electrónicos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de oro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de otras metales (por ejemplo: uranio, níquel, cobalto)	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen plomo	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Un trabajo en el que tú o tus compañeros de trabajo utilicen mercurio	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ 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"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Reciclaje de desechos electrónicos	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de oro	<input type="checkbox"/> ₁ Sí	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₇₇ No sé	<input type="checkbox"/> ₈₈ No contestó
Extracción o procesamiento de otros metales (por ejemplo: uranio, níquel, cobalto)	<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: _____ - ____ - _____

- ₇₇ No sé → **pase a la pregunta #18**
₈₈ 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?

- ₂ Siempre ₁ A veces ₀ Nunca ₇₇ No sé ₈₈ No contestó

❖ Has las preguntas 19-21 solamente en la visita inicial postparto (después que ella ha dado a luz)

Finalmente, te voy a hacer algunas preguntas acerca del contacto que tuviste con niños pequeños mientras estuviste embarazada.

18. Durante este embarazo, cuidaste regularmente de niños menores de 5 años de edad? Estos pueden incluir tus hijos, otros niños que cuidabas en tu casa o niños que cuidabas en otros lugares como por ejemplo en un colegio o jardín infantil.

Si no no sabe no contestó

- ❖ Si respondió si, ve a la pregunta #20
❖ Si respondió no, dile “Gracias por contestar el cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta para mí?”.

19. Mencionaste que cuidas regularmente de niños menores de 5 años de edad. Las siguientes preguntas son acerca de las interacciones que tuviste con estos niños. Durante este embarazo, qué tan frecuente:

¿Tú y tu hijo(a) usaron el mismo tenedor, cuchara o taza?	<input type="checkbox"/> ₂ Seguido <input type="checkbox"/> ₁ A veces <input type="checkbox"/> ₀ Nunca <input type="checkbox"/> ₇₇ no sabe <input type="checkbox"/> ₈₈ no contestó
¿Tú y tu hijo(a) mordisquearon el mismo pedazo de comida?	<input type="checkbox"/> ₂ Seguido <input type="checkbox"/> ₁ A veces <input type="checkbox"/> ₀ Nunca <input type="checkbox"/> ₇₇ no sabe <input type="checkbox"/> ₈₈ no contestó
¿Diste de comer a tu hijo(a) pasando la comida de tu boca directamente a la boca del bebé?	<input type="checkbox"/> ₂ Seguido <input type="checkbox"/> ₁ A veces <input type="checkbox"/> ₀ Nunca <input type="checkbox"/> ₇₇ no sabe <input type="checkbox"/> ₈₈ no contestó

20. Mencionaste que cuidas regularmente de niños menores de 5 años de edad. Durante este embarazo, ¿qué tan frecuente besaste a tu hijo(a) en los labios?

Código de participante: _____ - ____ - _____

“₂ La mayoría de los días “₁ Algunos días “₀ Nunca “₇₇ No sabe “₈₈ No contestó

Gracias por responder al cuestionario. ¿Tienes alguna pregunta?