|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Individuo: características socio-demográficas e historia clínica Nombre de **entrevistador**: Número de grupo  XX # **Fecha** de Entrevista: mm / dd / aaaaNúmero de participante (**HHID P PID**): X X # # # # P # #*Criterios de elegibilidad y consentimiento* **Duerme** en esta casa **4+ noches**/semana  Sí  **No tiene planes** concretos de **mudarse** (6 me)  Sí   |  |  | | --- | --- | | **Edad**: ­­­\_\_\_\_\_\_ años  1-50  Menor emancipado: | Vive independiente  de los padres  Casado  Tiene hijos |  *Consentimiento (individuos 21+, padres de menores 1-20)*   |  | | --- | | **Consentimiento** **escrito** hecho  Acepto hacer el **cuestionario**.  Acepto dar una **muestra** de sangre.  Acepto que **utilicen** mi muestra de sangre  para **estudios futuros**.  Acepto ser **contactado** periódicamente en  relación a este estudio. |  *Asentimiento* *(solo menores: verbal 7-11, escrito 12-20)*  |  | | --- | | **Asentimiento** **escrito** hecho (12-20)  **Asentimiento** **verbal** hecho (7-11)  Acepto hacer el **cuestionario**.  Acepto dar una **muestra** de sangre.  Acepto que **utilicen** mi muestra de sangre  para **estudios futuros**.  Acepto ser **contactado** periódicamente en  relación a este estudio. |  **Nombre**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Apellido paterno Apellido Materno Nombre Inicial **Sexo**: 🞎 Masculino 🞎 Femenino 🞎 Otro Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_  MM DD AAAA  Método preferido para ser **contactado**:   |  |  | | --- | --- | | Llamada al celular:  Mensaje de texto:  Teléfono del hogar:  Teléfono del trabajo:  Otro teléfono:  Correo electrónico: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Correo postal  Usa información del Representante del Hogar | |  HISTORIA CLINICA *Ahora le haré algunas preguntas sobre su historial médico.* C1\_0. ¿Usted ha participado en algún **estudio de investigación** en el que le hayan aplicado una **vacuna** contra el **Zika** o el **dengue**?  Zika |  Dengue |  No  ~~-~~  Solo mujeres:  ~~-~~  C1\_1. ¿Está **embarazada**?  Sí |  No C1\_2. ¿Cuántas **semanas** de gestación tiene? \_\_\_\_\_\_\_ C2\_0. ¿Tiene fiebre ***actualmente*** o en los ***últimos 7 días***? Sí |  No C2\_1. Fecha que **empezó** la fiebre: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_  MM DD YYYY  C2\_2. ¿Ha presentado alguno de los siguientes **síntomas**?  Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.   |  |  | | --- | --- | | Congestión nasal  Diarrea  Dolor abdominal  Dolor en las  articulaciones/coyunturas  Dolor de cabeza  Dolor de garganta  Dolor muscular  Dolor en los ojos  Dolor en las  pantorrillas  Escalofríos  Náuseas/vómitos | Ojos rojos  Sangrado ligero  (en las encías, en la  nariz, petequias,  y/o hematomas)  Sangrado  abundante (vómito  con sangre/tos/  heces, sangrado  vaginal abundante)  Sarpullido o rash  Tos  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  C2\_3. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas? Sí |  No  C2\_4. ¿**El médico** le **diagnosticó** con alguna de las siguientes enfermedades?   |  |  | | --- | --- | | Dengue  Chikungunya  Zika | Síndrome Viral  Influenza  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  C2\_5. ¿Estuvo **hospitalizado**(a)?  Sí |  No C2\_6. ¿**Cuántos días** estuvo hospitalizado(a)? \_\_\_\_\_ días  C2\_7. ¿En cuál **hospital**?   |  |  | | --- | --- | | San Lucas  Damas  San Cristóbal  Metropolitano/  Dr. Pila  Menonita/Guayama | Concepción/  San Germán  Metropolitano/  San Germán  Pavía/Yauco  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  C2\_8. ¿Cuántos días de **trabajo** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_\_\_\_ días C2\_9. ¿Cuántos días de **escuela** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_\_\_\_ días C2\_10. ¿Alguien tuvo que perder días de **trabajo** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)?*Si más de una persona cuidó al participante,*  Sí |  No *suma todos los días que perdieron*  C2\_11. ¿Cuántos días de **trabajo** perdieron ellos? **\_\_\_\_\_\_** C2\_12. ¿Alguien tuvo que perder días de **escuela** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)?*Suma todos los días que perdieron. ,*  Sí |  No C2\_13. ¿Cuántos días de **escuela** perdieron ellos? **\_\_\_\_\_** |  | Individuo: características socio-demográficas e historia clínica  D1. ¿Cuál es el **nivel de educación** más alto que ha obtenido?   |  | | --- | | Sin escolarización  Grados 1 a 5  Grados 6 a 8  Grados 9 a 11  Terminó grado 12/GED  Algún título universitario de técnico o asociado  Terminó el bachillerato  Algún título profesional  Algún estudio de posgrado |  D2. ¿Cuál es su **situación laboral** actual?*Sondear si es necesario.*  |  | | --- | | Empleado/a a tiempo parcial  Empleado/a tiempo completo  Propietario de un negocio  Trabajo informal o casual (chiripas/chivitos)  Estudiante  Estudiante y trabajando  Retirado  Desempleado/a  Imposibilitado de trabajar por problemas de salud  Ama de casa  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  D3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su **lugar de trabajo**?  |  | | --- | | Principalmente trabaja en interiores  Principalmente trabaja al aire libre  Viaja a diferentes edificios o lugares de trabajo  Mayormente en un carro  Varía  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  D4. ¿Tiene **plan médico** actualmente?  Sí |  No D4a. **Tipo** de plan:  *Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.*   |  |  | | --- | --- | | Reforma/Plan Mi Salud  Medicare  Medicaid  Privado | Tricare  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  D5.¿Cuánto **tiempo** lleva viviendo en esta comunidad?\_\_\_\_\_\_\_ (años)D6. De **6am - 8pm**, (14 hrs) ¿cuántas horas se encuentra usted en su casa o en esta comunidad o urbanización?  |  |  | | --- | --- | | lunes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas  martes: \_\_\_\_\_\_\_\_ horas  miércoles: \_\_\_\_\_\_ horas  jueves: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_* horas  viernes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas | sábado: \_\_\_\_\_\_ horas  domingo: \_\_\_\_\_ horas |   C2\_14. ¿Aproximadamente cuánto **dinero** gastó durante la enfermedad, incluyendo visitas médicas, medicamentos, y costos de transportación? ­­­­$\_\_\_\_\_  NR C3\_0. ¿Tuvo (otra) fiebre en los ***últimos 12 meses***, desde este mes del año pasado?  Sí |  No C3\_1. Fecha que **empezó** la fiebre: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_  MM DD YYYY  C3\_2. ¿Ha presentado alguno de los siguientes **síntomas**?  Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.   |  |  | | --- | --- | | Congestión nasal  Diarrea  Dolor abdominal  Dolor en las  articulaciones/coyunturas  Dolor de cabeza  Dolor de garganta  Dolor muscular  Dolor en los ojos  Dolor en las  pantorrillas  Escalofríos  Náuseas/vómitos | Ojos rojos  Sangrado ligero  (en las encías, en la  nariz, petequias,  y/o hematomas)  Sangrado  abundante (vómito  con sangre/tos/  heces, sangrado  vaginal abundante)  Sarpullido o rash  Tos  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  C3\_3. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas? Sí |  No  C3\_4. ¿**El médico** le **diagnosticó** con alguna de las siguientes enfermedades?   |  |  | | --- | --- | | Dengue  Chikungunya  Zika | Síndrome Viral  Influenza  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  C3\_5. ¿Estuvo **hospitalizado**(a)?  Sí |  No C3\_6. ¿**Cuántos días** estuvo hospitalizado(a)? \_\_\_\_\_ días  C3\_7. ¿En cuál **hospital**?   |  |  | | --- | --- | | San Lucas  Damas  San Cristóbal  Metropolitano/  Dr. Pila  Menonita/Guayama | Concepción/  San Germán  Metropolitano/  San Germán  Pavía/Yauco  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  C3\_8. ¿Cuántos días de **trabajo** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_\_\_\_ días C3\_9. ¿Cuántos días de **escuela** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_\_\_\_ días C3\_10. ¿Alguien tuvo que perder días de **trabajo** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)?*Si más de una persona cuidó al participante,*  Sí |  No *suma todos los días que perdieron*  C3\_11. ¿Cuántos días de **trabajo** perdieron ellos? **\_\_\_\_\_\_** C3\_12. ¿Alguien tuvo que perder días de **escuela** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)?*Suma todos los días que perdieron. ,*  Sí |  No C3\_13. ¿Cuántos días de **escuela** perdieron ellos? **\_\_\_\_\_** C3\_14. ¿Aproximadamente cuánto **dinero** gastó durante la enfermedad, incluyendo visitas médicas, medicamentos, y costos de transportación? ­­­­$\_\_\_\_\_  NR |