

Individuo: características socio-demográficas e historia clínica

Nombre de **entrevistador:** _____ Número de grupo _____

Fecha de Entrevista: mm / dd / aaaa

Número 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 Vive independiente de los padres
1-50 Casado
Menor emancipado: 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 La carga de procesamiento de esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios para el estudio. Este estudio es un estudio de recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido que indique lo contrario. Ate a los comentarios de los participantes y los comentarios de los investigadores de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS-74715, Atlanta, GA 30333, PARA (0920-XXXX)

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

sábado: _____ horas
domingo: _____ horas

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.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Ojos rojos |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sangrado ligero |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | (en las encías, en la |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones/ coyunturas | nariz, petequias, y/o hematomas) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sangrado abundante (vómito con sangre/tos/ heces, sangrado vaginal abundante) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash |
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas | |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | |

C2_3. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas? No | Sí

C2_4. ¿**El médico** le **diagnosticó** con alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Síndrome Viral |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> Zika | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

C2_5. ¿Estuvo **hospitalizado(a)**? No | Sí

C2_6. ¿**Cuántos días** estuvo hospitalizado(a)? _____ días

C2_7. ¿En cuál **hospital**?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> San Lucas | <input type="checkbox"/> Concepción/ San Germán |
| <input type="checkbox"/> Damas | <input type="checkbox"/> Metropolitano/ San Germán |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano/ Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | |

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)? Sí |

Si más de una persona cuidó al participante,

No

miércoles: _____ horas

jueves: _____ horas

viernes: _____ 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.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Ojos rojos |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sangrado ligero |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | (en las encías, en la |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones/ coyunturas | nariz, petequias, y/o hematomas) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sangrado abundante (vómito con sangre/tos/ heces, sangrado vaginal abundante) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash |
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas | |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | |

C3_3. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas? No | Sí

C3_4. ¿**El médico** le **diagnosticó** con alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Síndrome Viral |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> Zika | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

C3_5. ¿Estuvo **hospitalizado(a)**? No | Sí

C3_6. ¿**Cuántos días** estuvo hospitalizado(a)? _____ días

C3_7. ¿En cuál **hospital**?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> San Lucas | <input type="checkbox"/> Concepción/ San Germán |
| <input type="checkbox"/> Damas | <input type="checkbox"/> Metropolitano/ San Germán |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano/ Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | |

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)? Sí |

Si más de una persona cuidó al participante,

No

suma todos los días que perdieron

C3_11. ¿Cuántos días de **trabajo** perdieron ellos?

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?

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
