

## 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**  
**Usa información del Representante del Hogar**

La carga por el consentimiento para la 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. 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. Este estudio es un estudio de recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS-7471, 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

---