

KAP: Adultos y Adolescentes

1. Si pudiera **cambiar** o **mejorar** tres cosas en su comunidad, ¿Cuáles serían?

No lea las opciones, está bien si solo contestan 1-2 respuestas.

- Agua acumulada
- Ambiental/Contaminación
- Animales callejeros/Relengos
- Crimen/Pandillas/Seguridad
- Distribución de agua potable
- Drogas
- Electricidad
- Embarazo adolescente
- Enfermedades de transmisión sexual/VIH
- Enfermedades transmitidas por mosquitos (dengue, Zika, chikungunya)
- Escombros
- Falta de alcantarillado/aguas usadas
- La salud de los niños
- Mantenimiento de áreas verdes
- Moscas, mimes, otros insectos
- Mosquitos
- Personas sin hogar /deambulantes
- Recogido de basura
- Vecindario descuidado o sucio
- Ninguno
- Otro: _____

2. En los **últimos 12 meses**, desde este mes del año pasado, ¿Cuál de los siguientes medios ha utilizado para **obtener información de salud**?

Sondea si es necesario. Marque todas las que aplique.

- Escuela
- Folletos
- Internet
- Niños
- Periódicos/revistas
- Portavoces oficiales
- Profesionales de salud
- Radio
- Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram)
- Reuniones comunitarias
- TV
- Vecinos
- WhatsApp

3. ¿Usted cree que los **mosquitos transmiten** enfermedades? Sí | No

4. *Pensando en los próximos 12 meses*, cuánto **riesgo** cree que hay en esta casa de enfermarse con:

- a. Dengue Alto | Bajo | Ningún Ningún porque ya me dio
- b. Zika Alto | Bajo | Ningún Ningún porque ya me dio
- c. Chikungunya Alto | Bajo | Ningún Ningún porque ya me dio

KAP: Adultos y Adolescentes

6. ¿Cree que las enfermedades transmitidas por mosquitos como el dengue, el Zika, y el chikungunya son un problema en su comunidad? Sí | No

No

7. ¿Ha usado **repelente de mosquitos** en los **últimos 30 días**?

Sí | No

7a. ¿Qué **tipo de repelente** ha utilizado para evitar picadas de mosquitos?

- Citronela
- Spray comprado (Off)
- Crema
- Toallitas
- Repelentes Naturales/artesanales/caseros
- Otro: _____

8. En los **últimos 12 meses**, ¿Cuán a menudo usted ha utilizado un **mosquitero**?

- Diariamente
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Rara vez
- Nunca

9. ¿En **qué lugar** se encuentra cuando más le pican los mosquitos? *Selección múltiple, lea las opciones.*

- Alrededor de la casa
- Adentro de la casa
- Trabajo
- Escuela
- La cancha de la comunidad
- Otro lugar de la comunidad
- Otro lugar fuera de la comunidad
- No me pican

Un **criadero de mosquito** es cualquier cosa que retenga el agua para que los mosquitos puedan reproducirse. Los mosquitos se pueden reproducir en un sitio tan pequeño como una tapa de una botella.

10. En este momento, ¿cuáles son los **criaderos** de mosquito **más común** en esta comunidad?

Selección múltiple, no lea las opciones.

- Árboles huecos
- Casas abandonadas
- Casas de los vecinos
- Contenedores de basura
- Desagües
- Escombros del huracán
- Gomas
- Otros recipientes
- Piscinas en casas abandonadas
- Piscinas no tratadas
- Pozos sépticos
- Suelos
- Techos
- No hay criaderos

severos

11. ¿Cree que **controlar los criaderos** de mosquitos es una buena estrategia para prevenir las enfermedades transmitidas por mosquitos?

Sí |

No

12. *En los últimos 12 meses*, ¿Ha **hablado** con alguna de las siguientes personas acerca de cómo **controlar** los mosquitos?

- a. Su familia Sí | No
b. Sus vecinos Sí | No
c. Su comunidad Sí | No

13. ¿Usted cree que **su comunidad debería hacer más** para **controlar** los mosquitos?

Sí |

No

14. ¿Quién usted cree es **responsable de controlar** los mosquitos?

- a. ¿El gobierno y/o el Departamento de Salud? Sí | No
b. ¿Usted? Sí | No

15. ¿Cree que vale la pena **invertir tiempo y dinero** cada mes para **controlar los mosquitos** dentro y alrededor de la casa?

Sí |

No

Otro: _____

16. ¿Sabía que estaríamos en su comunidad?

Sí |

No

16a. ¿Cómo se enteró de que estaríamos por su comunidad?

- Por medio del líder comunitario
 Hoja Informativa
 Por medio de alguien
→ ¿Quién? _____
- Facebook
→ ¿Cuál página? _____
- Altavoz/Tumbacoco
→ ¿Dónde? _____
- Radio
→ ¿Cuál estación? _____
- Cruzacalles
 Periódico
→ ¿Cuál? _____
- Otro: _____

Participant Laboratory Data

Serum

Serum

Dried Blood Spot

****Project flag:**** *Fever in last 7 days*

No: **COPA**

Yes: **COPA_SYM**