|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KAP: Niños Mayores (12-13)1. Si pudieras **cambiar** o **mejorar** tres cosas en tu 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 has 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 |

 |  |

6. ¿Crees que las enfermedades trasmitidas por mosquitos como el dengue, el Zika, y el chikungunya son un **problema** en tu comunidad? [ ]  Sí | [ ]  No 7. ¿Has usado **repelente de mosquitos** en los ***últimos 30 días***? [ ]  Sí | [ ]  No7a. ¿Qué **tipo de repelente** has utilizado para evitar picadas de mosquitos?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Citronela[ ]  Spray comprado (Off)[ ]  Crema[ ]  Toallitas  | [ ]  Repelentes  Naturales/ artesanales/caseros[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |  | KAP: Niños Mayores (12-13)8. En los ***últimos 12 meses***, ¿Cuán a menudo has utilizado un **mosquitero**?

|  |
| --- |
| [ ]  Diariamente[ ]  Una vez a la semana[ ]  Una vez al mes[ ]  Rara vez[ ]  Nunca |

9. ¿En **qué lugar** te encuentras cuando más te 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 picanUn **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.11. ¿Crees que **controlar los criaderos** de mosquitos es una buena estrategia para prevenir Ias enfermedades transmitidas por mosquitos? [ ]  Sí | [ ]  No 12. *En los* ***últimos 12 meses***, ¿Has **hablado** con alguna de las siguientes personas acerca de cómo **controlar** los mosquitos?a. Tu familia [ ]  Sí | [ ]  Nob. Tus vecinos [ ]  Sí | [ ]  Noc. Tu comunidad [ ]  Sí | [ ]  No13. ¿Crees que tu comunidad **debería hacer más** para **controlar** los mosquitos? [ ]  Sí | [ ]  No 14b. ¿Crees que **tu** eres **responsable** de **controlar** los mosquitos? [ ]  Sí | [ ]  No **Participant ID:** P**Participant Laboratory Data****\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** Month Day  Year**Collection Date:**  **\*\*Project flag:\*\*** *Fever in last 7 days* No: **COPA** Yes: **COPA\_SYM****PARTICIPANT BARCODE**YesNo |