

KAP: Niños Menores (7-11)

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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Redes sociales
(Facebook,
Twitter,
Instagram) |
| <input type="checkbox"/> Folletos | |
| <input type="checkbox"/> Internet | |
| <input type="checkbox"/> Niños | |
| <input type="checkbox"/> Periódicos/revistas | <input type="checkbox"/> Reuniones
comunitarias |
| <input type="checkbox"/> Portavoces oficiales | |
| <input type="checkbox"/> Profesionales de salud | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Vecinos |
| | <input type="checkbox"/> WhatsApp |

6. ¿Crees que las enfermedades transmitidas por mosquitos como el dengue, el Zika, y el chikungunya son un **problema** en tu comunidad?

Sí | No

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 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.

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

Sí | No

13. ¿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

KAP: Niños Menores (7-11)

Participant Laboratory Data

Participant ID: _____

Collection
Date:

_____ P
_____/_____/_____
Month Day Year

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

No: COPA

Yes: COPA_SYM

**PARTICIPANT
BARCODE**

Serum Yes No

Serum

Dried Blood Spot

