

Household Representative

Interviewer Name: _____

Group Number
XX #

Community Name:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El Tuque (TU) | <input type="checkbox"/> Glenview (GL) |
| <input type="checkbox"/> Pastillo (PT) | <input type="checkbox"/> Jardines del Caribe (JC) |
| <input type="checkbox"/> Villa del Carmen (VC) | <input type="checkbox"/> El Madrigal (MA) |
| <input type="checkbox"/> Jaime L. Drew (JD) | <input type="checkbox"/> Los Caobos (CB) |
| <input type="checkbox"/> Villa Grillasca (VG) | <input type="checkbox"/> San Antón (SA) |
| <input type="checkbox"/> La Playa (PL) | <input type="checkbox"/> Punto Oro (PO) |
| <input type="checkbox"/> Coto Laurel (CT) | <input type="checkbox"/> Santa Teresita (ST) |

Interview Date: mm / dd / yyyy

Participant ID (HHID P PID): X X # # # # P # #

Eligibility Criteria and Consent

Same person who was HR in Y1 Yes | No
Written consent done. Yes

Y1 Results Status

All participants received results Yes | No

Collect information on individuals missing results:

Sex	Age	PID	Name
-----	-----	-----	------

M / F / O

M / F / O

M / F / O

M / F / O

Entire household missing results

Postal Address: (where lab results can be received)

Urbanización/PO Box

Number and House

Ponce

PR

Postal Code

How many people live in this house (4 or more nights per week) including yourself? _____

Changes since last year? Yes/Not sure No

Sex	Age	Present	Participating
-----	-----	---------	---------------

M / F / O Yes No Yes No NE DC

M / F / O Yes No Yes No NE DC

M / F / O Yes No Yes No NE DC

M / F / O Yes No Yes No NE DC

M / F / O Yes No Yes No NE DC

M / F / O Yes No Yes No NE DC

M / F / O Yes No Yes No NE DC

M / F / O Yes No Yes No NE DC

NE = Not eligible

DC = Unknown

<Existing> Household Follow-Up

1. Do you rent or own this house?

Own Rent Family's Home Other

2. Do you have any animals in your house?

Yes | No

2a. Do you have any of the following animals?

Select all that apply.

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Horses | <input type="checkbox"/> Birds |
| <input type="checkbox"/> Goats | <input type="checkbox"/> Dogs |
| <input type="checkbox"/> Pigs | <input type="checkbox"/> Fish |
| <input type="checkbox"/> Rabbits | <input type="checkbox"/> Pet mice, rats, Guinea pigs, hamsters |
| <input type="checkbox"/> Chickens | <input type="checkbox"/> Reptiles (turtles, snakes, lizards) |
| <input type="checkbox"/> Cats | <input type="checkbox"/> Cows |
| <input type="checkbox"/> Sheep | <input type="checkbox"/> Other not listed |

3. In the last 12 months, have you seen or found rats or mice in or around your house?

Yes | No

4. Does this house have a cistern/water tank?

Yes | No

5. Do you have screens (without holes) in good shape on all the windows?

Yes No On all that we open

6. Do you have screens (without holes) in good shape on all the doors?

Yes No On all that we open

7. Do you use air conditioning in your house?

Yes | No

7a. In which areas do you use AC? Probe. Select all that apply.

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Whole house | <input type="checkbox"/> Kitchen |
| <input type="checkbox"/> Bedroom(s) | <input type="checkbox"/> Other Room |
| <input type="checkbox"/> Living Room | |

7b. During what time of the day do you use AC?

Probe if necessary. Select all that apply.

Day Night Sporadically All the time

8. What is your approximate annual household income?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - Less than \$10,000 |
| <input type="checkbox"/> 2 - \$10,000 to less than \$20,000 |
| <input type="checkbox"/> 3 - \$20,000 to less than \$30,000 |
| <input type="checkbox"/> 4 - \$30,000 to less than \$40,000 |
| <input type="checkbox"/> 5 - \$40,000 to less than \$50,000 |
| <input type="checkbox"/> 6 - \$50,000 to less than \$60,000 |
| <input type="checkbox"/> 7 - \$60,000 to less than \$70,000 |
| <input type="checkbox"/> 8 - \$70,000 or more |
| <input type="checkbox"/> 0 - Prefers to respond in months. |

8a. Monthly household income:

\$ _____

Household Representative

Interviewer Name: _____

Group
XX #

Community Name: _____

- El Tuque (TU)
- Pastillo (PT)
- Villa del Carmen (VC)
- Jaime L. Drew (JD)
- Villa Grillasca (VG)
- La Playa (PL)
- Coto Laurel (CT)
- Glenview (GL)
- Jardines del Caribe (JC)
- El Madrigal (MA)
- Los Caobos (CB)
- San Antón (SA)
- Punto Oro (PO)
- Santa Teresita (ST)

Interview Date: mm / dd / yyyy

Participant ID (HHID P PID): XX ## ## ## P 0 1 HR Only

Eligibility Criteria and Consent

Written consent done (see individual form). Yes

Postal Address: (where lab results can be received)

Urbanización/PO Box
Number and House
Ponce PR Postal Code

How many people live in this house (4 or more nights per week) including yourself? _____

(Household Representative) M / F / O Age: _____

Sex	Age	Present	Participating
M / F / O	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC
M / F / O	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC
M / F / O	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC
M / F / O	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC
M / F / O	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC
M / F / O	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC
M / F / O	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC

NE = Not eligible
DC = Unknown

10. What is your approximate annual household income?

- 1 - Less than \$10,000
- 2 - \$10,000 to less than \$20,000
- 3 - \$20,000 to less than \$30,000
- 4 - \$30,000 to less than \$40,000
- 5 - \$40,000 to less than \$50,000
- 6 - \$50,000 to less than \$60,000
- 7 - \$60,000 to less than \$70,000
- 8 - \$70,000 or more
- 0 - Prefers to respond in months. → 10a. Monthly household income: \$ _____

<New> Household Enrollment

1. Do you rent or own this house?

- Own Rent Family's Home Other

2. Do you have any animals in your house?

Yes | No

2a. Do you have any of the following animals?

Select all that apply.

- Horses Birds
- Goats Dogs
- Pigs Fish
- Rabbits Pet mice, rats, Guinea pigs, hamsters
- Chickens Reptiles (turtles, snakes, lizards)
- Cats Cows
- Sheep None of these

3. In the last 12 months, have you seen or found rats or mice in or around your house?

Yes | No

4. How is water supplied to this house? Select all that apply.

- AAA Rain water
- Well water Spring water
- Water pump Other
- From another house/neighbor/business

5. Does this house have a cistern/water tank?

Yes | No

6. Does this house have a septic tank?

Yes | No

6a. In the last 12 months, how frequently did someone in your household inspect the septic tank? Read the options.

- Daily Rarely/Every now and then
- Weekly Never
- Monthly Does not recall/No response

7. Do you have screens in good shape (without holes) on all the windows?

- Yes No On all that we open

8. Do you have screens in good shape (without holes) on all the doors?

- Yes No On all that we open

9. Do you use air conditioning in your house?

Yes | No

9a. In which areas do you use AC? Probe. Select all that apply.

- Whole house Kitchen
- Bedroom(s) Other Room
- Living Room

9b. During what time of the day do you use AC?

Probe if necessary. Select all that apply.

- Day Night Sporadically All the time

Individual: sociodemographic

characteristics and clinical history

Interviewer name: _____ Group number
XX #

Interview date: MM / DD / YYYY

Participant number (HHID P PID): X X # # # # P # #

Eligibility criteria and consent

Sleeps in this house 4+ nights/week Yes | No
Has definite plans to move (6 mo) Yes | No

Age: _____ years Lives independently
1-50 from parents
Emancipated minor: Married
 Has children

Consent (individuals 21+, parents of minors 1-20)

- Written consent completed.
- Agree to do the questionnaire.
- Agree to give a blood sample.
- Agree to the use of blood sample for future studies.
- Agree to be contacted weekly.
- Agree to be contacted yearly.

Assent (minors only: verbal 7-13, written 14-20)

- Written consent completed (14-20).
- Verbal consent completed (7-13).
- Agree to do the questionnaire.
- Agree to give a blood sample.
- Agree to the storage of blood sample for use in future studies

Name: _____
First Last Name Second Last Name First Name Initial

Sex: Male Female Other

Date of birth: ____ / ____ / ____
MM DD YYYY

All possible methods participant can be contacted:

- Cell phone (call): _____
- Text message: → Company: _____
- Home phone: _____
- Work phone: _____
- Other phone: _____
- Email: _____
- Mail

Additional Contact Name _____

- Relationship Method to contact:
- Partner/spouse Cell phone (call): _____
 - Parent Text message: → Company: _____
 - Child Home phone: _____
 - Other family Other phone: _____
 - Friend Email: _____

Space for additional contacts on the next page

D0. What do you use your cell phone for?

Read the options, select all that apply.

- Calls Apps
- Texts Doesn't have a cell phone
- Internet Doesn't know

D1. Relationship to household representative:

HR is participant's... Select all that apply.

- Self (household representative) Other relation/
family member
- Partner/spouse Legal guardian
- Parent Friend
- Child Other
- Grandparent

D2. Are you of hispanic or latino origin? Yes | No

D3. With which ethnic group do you identify?

Read the options, select all that apply.

- Puerto Rican Cuban Haitian None
- Dominican Mexican Other

D4. With which race or races do you identify?

Select all that apply.

- White Black or African American
- Asian Hawaiian Native or Pacific Islander
- Other Native American or Alaska Native
- No response

D5. (5+ years old) What is the highest level of education that you have obtained?

- No school Bachelor's degree
- Grades 1 to 5 Professional degree
- Grades 6 to 8 Post-graduate study
- Grades 9 to 11 Special education
- Completed grade 12/GED
- Technical or associate's degree

D6. (16+ years old) Which of the following describes your current employment status? Select all that apply.

- Full-time Retired
- Part-time Homemaker/caring for family
- Casual or informal work Ill health/disability
- Studying Unemployed
- Other

D7. (Minors 5-18 in school) Name of your school: _____

D8. Do you currently have health insurance? Yes | No

D8.1 Type of insurance:

Read all options. Select all that apply.

- Reforma/Plan Mi Salud Private
- Medicare Tricare
- Medicaid Other: _____

D9. How many years have you been living in this community? _____

Women only: _____

C1. Are you pregnant? Yes | No

C1.2 How many weeks are you? _____

C2. Have you participated in any research study in which you received a vaccine for Zika or dengue? Select all that apply.

- Zika | Denuae | None

C3. Has your doctor ever **diagnosed** you with ... ?

Read all options. Select all that apply.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Heart disease | <input type="checkbox"/> Obesity |
| <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> High triglycerides or cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Respiratory condition/
disease | <input type="checkbox"/> Physical disability |
| | <input type="checkbox"/> Cancer |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kidney disease/condition | <input type="checkbox"/> Other mental or
psychological diagnosis |
| <input type="checkbox"/> Liver disease/condition | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia |
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> Arthritis/ Rheumatoid arthritis |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Stomach problems/ulcers |
| | <input type="checkbox"/> Other |

CLINICAL HISTORY: Current Fever

F1. Do you have a fever **currently** or in the **last 7 days**?

☑ Yes | ☑ No

F2. Date that the fever **began**: ___ / ___ / ___
MM DD YYYY

F3. Have you had any of the following **symptoms**?

Read all the options. Select all that apply.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion | <input type="checkbox"/> Diarrhea |
| <input type="checkbox"/> Cough | <input type="checkbox"/> Chills |
| <input type="checkbox"/> Sore throat | <input type="checkbox"/> Rash |
| <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> Joint pain |
| <input type="checkbox"/> Eye pain | <input type="checkbox"/> Muscle pain |
| <input type="checkbox"/> Red eyes | <input type="checkbox"/> Calf pain |
| <input type="checkbox"/> Abdominal pain | <input type="checkbox"/> Bleeding |
| <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting | <input type="checkbox"/> Other |

F4. Did you see a **doctor** for these symptoms?

☑ Yes | ☑ No

F4a. Was it in an **emergency room** or **doctor's office**?

Emergency Room Doctor's Office Other

F4b. In which **clinic/hospital** was the doctor you saw?

- | | |
|---|--|
| <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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | <input type="checkbox"/> Private Office |

Other center/clinic: _____

F4c. Did the **doctor diagnose** you with any of the following illnesses?

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

F5. Were you **hospitalized**?

☑ Yes | ☑ No

F5a. **How many days** were you hospitalized? _____ days

F5b. In which **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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |

Metropolitano Dr. Pila

Menonita/Guayama

Pavía/Yauco

Other center/clinic: _____

CLINICAL HISTORY: Fever in the last year

H1. Have you had (another) fever in the **last 12 months**, since this month of the past year?

☑ Yes | ☑ No

H2. Date that the fever **began**: ___ / ___ / ___
MM DD YYYY

H3. Did you have any of the following **symptoms**?

Read all the options. Select all that apply.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion | <input type="checkbox"/> Diarrhea |
| <input type="checkbox"/> Cough | <input type="checkbox"/> Chills |
| <input type="checkbox"/> Sore throat | <input type="checkbox"/> Rash |
| <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> Joint pain |
| <input type="checkbox"/> Eye pain | <input type="checkbox"/> Muscle pain |
| <input type="checkbox"/> Red eyes | <input type="checkbox"/> Calf pain |
| <input type="checkbox"/> Abdominal pain | <input type="checkbox"/> Bleeding |
| <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting | <input type="checkbox"/> Other |

H4. Did you see a **doctor** for these symptoms?

☑ Yes | ☑ No

H4a. Was it in an **emergency room** or **doctor's office**?

Emergency Room Doctor's Office Other

H4b. In which **clinic/hospital** was the doctor you saw?

- | | |
|---|--|
| <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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | <input type="checkbox"/> Private Office |

Other center/clinic: _____

H4c. Did the **doctor diagnose** you with any of the following illnesses?

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

H5. Were you **hospitalized**?

☑ Yes | ☑ No

H5a. **How many days** were you hospitalized? _____ days

H5b. In which **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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |

Metropolitano Dr. Pila

Menonita/Guayama

Pavía/Yauco

Other center/clinic: _____

Mobility

Interviewer Name: _____ Group Number
XX #

Interview Date: mm / dd / yyyy

Participant ID (HHID P PID): XX # # # # P # #

M0. With the exception of your house, are there other places you spend **5 or more hours** a week (for example work, school, or another home)?

Show the list of places if necessary.

Yes | No

[All Participants]

M0.2 Can you list the places you visit (where you might be 5 or more hours total per week)?

Select all that apply.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job | <input type="checkbox"/> Sports activity 1 |
| <input type="checkbox"/> Second job | <input type="checkbox"/> Sports activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Third job | <input type="checkbox"/> Sports activity 3 |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Recreational activity 1 |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Recreational activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Recreational activity 3 |
| <input type="checkbox"/> Gym | <input type="checkbox"/> Other location #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child's daycare | <input type="checkbox"/> Other location #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other house | <input type="checkbox"/> Other location #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grocery store | <input type="checkbox"/> Other location #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Any other store | |

M1.1 Location #1

Select one.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job | <input type="checkbox"/> Sports activity 1 |
| <input type="checkbox"/> Second job | <input type="checkbox"/> Sports activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Third job | <input type="checkbox"/> Sports activity 3 |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Recreational activity 1 |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Recreational activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Recreational activity 3 |
| <input type="checkbox"/> Gym | <input type="checkbox"/> Other location #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child's daycare | <input type="checkbox"/> Other location #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other house | <input type="checkbox"/> Other location #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grocery store | <input type="checkbox"/> Other location #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Any other store | |

M1.2 Do you visit this location year-round? Yes | No

M1.2.1 Which months do you visit this location? ←

Select all that apply.

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> January | <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> July | <input type="checkbox"/> October |
| <input type="checkbox"/> February | <input type="checkbox"/> May | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> March | <input type="checkbox"/> June | <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> December |

M1.3 Which days of the week do you go to this location?

Select all that apply.

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monday | <input type="checkbox"/> Wednesday | <input type="checkbox"/> Friday | <input type="checkbox"/> Saturday |
| <input type="checkbox"/> Tuesday | <input type="checkbox"/> Thursday | | <input type="checkbox"/> Sunday |

M1.4 How many hours do you generally spend at this location **each week**? _____ hours

M1.5 When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both? Indoors | Outside | Both

M1.5.1 Does this location have **screens** in good condition on all the doors and windows? Yes | No

M1.5.2 Does this location use **air conditioning** when you are there? Yes | No

M1.6 Can you find this place on a map? Yes | No

Area number: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Area color: Orange | Green | Blue | Yellow

M1.7 Can you provide the address for this place? Yes | No

Physical address: _____

M1.8 In which area is this place located (sector, urb, barrio, community)? _____

M2.1 Location #2

Select one.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job | <input type="checkbox"/> Sports activity 1 |
| <input type="checkbox"/> Second job | <input type="checkbox"/> Sports activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Third job | <input type="checkbox"/> Sports activity 3 |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Recreational activity 1 |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Recreational activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Recreational activity 3 |
| <input type="checkbox"/> Gym | <input type="checkbox"/> Other location #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child's daycare | <input type="checkbox"/> Other location #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other house | <input type="checkbox"/> Other location #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grocery store | <input type="checkbox"/> Other location #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Any other store | |

M2.2 Do you visit this location year-round? Yes | No

M2.2.1 Which months do you visit this location? ←

Select all that apply.

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> January | <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> July | <input type="checkbox"/> October |
| <input type="checkbox"/> February | <input type="checkbox"/> May | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> March | <input type="checkbox"/> June | <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> December |

M2.3 Which days of the week do you go to this location?

Select all that apply.

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monday | <input type="checkbox"/> Wednesday | <input type="checkbox"/> Friday | <input type="checkbox"/> Saturday |
| <input type="checkbox"/> Tuesday | <input type="checkbox"/> Thursday | | <input type="checkbox"/> Sunday |

M2.4 How many hours do you generally spend at this location **each week**? _____ hours

M2.5 When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both? Indoors | Outside | Both

M2.5.1 Does this location have **screens** in good condition on all the doors and windows? Yes | No

M2.5.2 Does this location use **air conditioning** when you are there? Yes | No

M2.6 Can you find this place on a map? Yes | No

Area number: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Area color: Orange | Green | Blue | Yellow

M2.7 Can you provide the address for this place? Yes | No

Physical address: _____

M2.8 In which area is this place located (sector, urb, barrio, community)? _____

M3.1 Location #3

Select one.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job | <input type="checkbox"/> Sports activity 1 |
| <input type="checkbox"/> Second job | <input type="checkbox"/> Sports activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Third job | <input type="checkbox"/> Sports activity 3 |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Recreational activity 1 |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Recreational activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Recreational activity 3 |
| <input type="checkbox"/> Gym | <input type="checkbox"/> Other location #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child's daycare | <input type="checkbox"/> Other location #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other house | <input type="checkbox"/> Other location #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grocery store | <input type="checkbox"/> Other location #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Any other store | |

M3.2 Do you visit this location year-round? Yes | No

M3.2.1 Which months do you visit this location? ↩

Select all that apply.

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> January | <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> July | <input type="checkbox"/> October |
| <input type="checkbox"/> February | <input type="checkbox"/> May | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> March | <input type="checkbox"/> June | <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> December |

M3.3 Which days of the week do you go to this location?

Select all that apply.

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monday | <input type="checkbox"/> Wednesday | <input type="checkbox"/> Friday | <input type="checkbox"/> Saturday |
| <input type="checkbox"/> Tuesday | <input type="checkbox"/> Thursday | | <input type="checkbox"/> Sunday |

M3.4 How many hours do you generally spend at this location **each week**? _____ hours

M3.5 When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both? Indoors Outside Both

M3.5.1 Does this location have **screens** in good condition on all the doors and windows? Yes | No

M3.5.2 Does this location use **air conditioning** when you are there? Yes | No

M3.6 Can you find this place on a map? Yes | No

Area number: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Area color: Orange Green Blue Yellow

M3.7 Can you provide the address for this place? Yes | No

Physical address: _____

M3.8 In which area is this place located (sector, urb, barrio, community)? _____

M4.1 Location #4

Select one.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job | <input type="checkbox"/> Sports activity 1 |
| <input type="checkbox"/> Second job | <input type="checkbox"/> Sports activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Third job | <input type="checkbox"/> Sports activity 3 |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Recreational activity 1 |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Recreational activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Recreational activity 3 |
| <input type="checkbox"/> Gym | <input type="checkbox"/> Other location #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child's daycare | <input type="checkbox"/> Other location #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other house | <input type="checkbox"/> Other location #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grocery store | <input type="checkbox"/> Other location #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Any other store | |

M4.2 Do you visit this location year-round? Yes | No

M4.2.1 Which months do you visit this location? ↩

Select all that apply.

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> January | <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> July | <input type="checkbox"/> October |
| <input type="checkbox"/> February | <input type="checkbox"/> May | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> March | <input type="checkbox"/> June | <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> December |

M4.3 Which days of the week do you go to this location?

Select all that apply.

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monday | <input type="checkbox"/> Wednesday | <input type="checkbox"/> Friday | <input type="checkbox"/> Saturday |
| <input type="checkbox"/> Tuesday | <input type="checkbox"/> Thursday | | <input type="checkbox"/> Sunday |

M4.4 How many hours do you generally spend at this location **each week**? _____ hours

M4.5 When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both? Indoors Outside Both

M4.5.1 Does this location have **screens** in good condition on all the doors and windows? Yes | No

M4.5.2 Does this location use **air conditioning** when you are there? Yes | No

M4.6 Can you find this place on a map? Yes | No

Area number: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Area color: Orange Green Blue Yellow

M4.7 Can you provide the address for this place? Yes | No

Physical address: _____

M4.8 In which area is this place located (sector, urb, barrio, community)? _____

**Use an additional sheet if the participant has more than 4 key locations that they visit 5 or more house a week.*

KAP: Adults and Adolescents 14+

Mosquito Exposure Questions

1. **Where** do mosquitoes bite you most frequently?

Read the options. Select all that apply.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Around the house outside | <input type="checkbox"/> Community sports field |
| <input type="checkbox"/> Inside the house | <input type="checkbox"/> Somewhere else in the community |
| <input type="checkbox"/> Work | <input type="checkbox"/> Somewhere else outside of the community |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Mosquitoes do not bite me |

2. **In the last month**, how often were you bitten by mosquitos? Read the options if necessary.

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Daily | <input type="checkbox"/> Rarely |
| <input type="checkbox"/> Every few days | <input type="checkbox"/> Never |
| <input type="checkbox"/> Weekly | |

3. Have you ever had **chikungunya**? Yes | No

4. Have you ever had **dengue**? Yes | No

5. Have you ever known someone who has had **dengue**?
 Yes | No

Vaccine History and Opinions

Interviewer read: There are several dengue vaccines currently under development. It is not yet clear how many doses will be necessary, but it could be 1, 2, or 3.

6. If there were an approved vaccine for **dengue** in Puerto Rico, available free of cost, would you get it?
 Yes | No | Not sure

7. If there were an approved vaccine for **dengue** in Puerto Rico that you had to pay for, would you get it?
 Yes | No | Not sure

7.1 If you had to pay for a dengue vaccine, would you pay **\$10** per dose?
 Yes | No | Not sure

7.2 If you had to pay for a dengue vaccine, would you pay **\$20** per dose?
 Yes | No | Not sure

7.3 If you had to pay for a dengue vaccine, would you pay **\$50** per dose?
 Yes | No | Not sure

8. Do you have children under 21?
 Yes | No

8.1 Would you vaccinate your children if an approved dengue vaccine were available in Puerto Rico for free?
 Yes | No | Not sure

8.2 Would you vaccinate your children if an approved **dengue** vaccine were available in Puerto Rico and you had to pay for it?
 Yes | No | Not sure

KAP: Adults and Adolescents 14+

9.1 (If **yes** to 6 or 8.1) What are the reasons you would be interested in getting a dengue vaccine for yourself/your child? Do not read the options. Select all that apply.

- I don't want myself/my children to get sick with dengue
- I do not want to miss work/my children to miss school
- I have had dengue before and don't want to get it again
- I want to protect myself/my family/my community
- I believe it is important for everyone to get vaccinated
- My doctor recommends the vaccine
- Other (specify): _____

9.2 (If **no** to 6 or 8.1) What are the reasons you would not be interested in getting a dengue vaccine for yourself/your child? Do not read the options. Select all that apply.

- Cost
- I am not concerned about myself/my children getting dengue
- Side effects/reactions
- Fear of needles
- I have heard negative things about this specific vaccine
- I don't think this vaccine works
- I do not believe in vaccines
- Other (specify): _____

9.3 (If **not sure** to 6 or 8.1) What are the reasons you are not sure about getting a dengue vaccine for yourself/your child? Do not read the options. Select all that apply.

- Cost
- Side effects/reactions
- I have heard negative things about this specific vaccine
- I don't think this vaccine works
- I need more information
- I need to talk to my doctor
- Other (specify): _____

9.4 Which characteristics of a dengue vaccine do you consider important? (from 1 most to 4 least important)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> High level of protection |
| <input type="checkbox"/> Affordability/Cost |
| <input type="checkbox"/> Minimum side effects |
| <input type="checkbox"/> Single dose |
- 1 = most important
4 = least important

Interviewer read: Remember that influenza is a respiratory illness and is not transmitted by mosquitos.

10. Did you get the **flu** shot in the last 12 months?
 Yes | No | Not sure

10.1 Why did you choose not to get the **flu** shot?

Do not read the options, select all that apply.

- Too expensive
- Insurance didn't cover it
- Didn't know where to get it
- Inconvenient to go and get it
- Afraid of shots (pain)
- It never works
- Doesn't believe in vaccines
- Has a contraindication
- Other reason
- No reason/doesn't know

Depression and Anxiety Screening (18+ only)

14. **PHQ.** Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by: (Read the options.)

14.1 Having little interest or pleasure in doing things?

- 0 - Not at all
- 1 - Several Days
- 2 - More than half the days
- 3 - Nearly every day

14.2 Feeling down, depressed, or hopeless?

- 0 - Not at all
 - 1 - Several Days
 - 2 - More than half the days
 - 3 - Nearly every day
- PHQ2 Score: _____
(PHQ1+PHQ2)

15. **GAD.** Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by: (Read the options.)

15.1 Feeling nervous, anxious, or on edge?

- 0 - Not at all
- 1 - Several Days
- 2 - More than half the days
- 3 - Nearly every day

15.2 Not being able to stop or control worrying?

- 0 - Not at all
 - 1 - Several Days
 - 2 - More than half the days
 - 3 - Nearly every day
- GAD2 Score: _____
(GAD1+GAD2)

Drug and Alcohol Use Screening (18+ only)

16. In the past 30 days, did you drink any alcohol such as beer, wine, malt liquor, or hard liquor?

Yes | No

16.1 (men) During the past 30 days, how many times did you have 5 or more alcoholic drinks in about 2 hours?
_____ times

16.2 (women) During the past 30 days, how many times did you have 4 or more alcoholic drinks in about 2 hours?
_____ times

17. Have you **ever in your life** injected any drugs or medicines other than those prescribed for you?

Yes | No

17.1 **In the last 12 months**, have you injected any drugs or medicines other than those prescribed for you?

Yes | No

18. In the past 12 months, have you used any drugs or medicines that were not prescribed for you and that you did not inject?

Yes | No

Participant Laboratory Data

Collection Date: ____/____/____
Month Day Year

Participant ID: _____ P _____

Yes No

PARTICIPANT
BARCODE

Serum

Serum

Project flag: Fever in last 7 days

No: COPA

Yes: COPA_SYM

Pregnant

Additional Contact (2): Name _____

Relationship Method to contact:
 Partner/spouse Cell phone (call): _____
 Parent Text message: → Company: _____
 Child Home phone: _____
 Other family Other phone: _____
 Friend Email: _____

Additional Contact (3): Name _____

Relationship Method to contact:
 Partner/spouse Cell phone (call): _____
 Parent Text message: → Company: _____
 Child Home phone: _____
 Other family Other phone: _____
 Friend Email: _____

Acceptability of Potential Mosquito Control Activities

Introduction: (*Interviewer read the following*) In this section, we will discuss a method to control *Aedes aegypti* mosquitos, which can transmit diseases such as dengue, Zika, and chikungunya. This mosquito control method is used at a specific stage of the mosquito life cycle, so we will begin by explaining the mosquito life cycle:

Interviewer: Explain here the Aedes aegypti mosquito life cycle, using the visual aid card or the video of the Aedes aegypti mosquito life cycle. If using the visual aid card, read the script below.

- It is a dark-colored mosquito, with white bands on its legs and body. It likes to be close to people, inside and outside houses.
- *Aedes aegypti* mosquitos bite mainly during daytime, although they will bite at night under artificial lighting.
- Only female mosquitos bite, they need to obtain blood to produce their eggs. Male mosquitoes don't bite.
- Female mosquitoes lay their eggs on the walls of any water-holding container, inside or outside homes.
- Eggs can survive up to 8 months stuck to the walls of containers where they are laid.
- When eggs come in contact with water, larvae hatch.
- Larvae live in water where they feed and become pupae in as little as 5 days and stay near the surface where they breathe.
- After 2 to 3 days, pupae become adult flying mosquitoes.
- It can take just 7 to 10 days for an egg to become an adult mosquito.

Sterile Insect Technique

Interviewer read the following (or show the video):

- Since the 50s, the Sterile Insect Technique (SIT) has been used successfully in agriculture to control different insect species. For example, in 1975 in Puerto Rico, it was used to eliminate the screw-worm.

How does it work?

- Many sterile male insects are released so that they can mate with females in the wild.
- Since they are sterile, they can't reproduce, so a new generation of insects isn't born and the number of insects goes down.
- There are many ways to sterilize insects. One way is to use *Wolbachia*.

Is it safe?

- SIT is safe for people, animals, and other insects, since it only affects the insect intended to be controlled.

1. Have you ever heard of mosquitoes with *Wolbachia*?

Yes | No | Doesn't know | No response

Interviewer read the following (or show the video):

What is *Wolbachia*?

- *Wolbachia* is a bacterium that is found naturally in 6 of every 10 insects in the world.
- *Wolbachia* does not make people sick. The Environmental Protection Agency (EPA) determined that its use is safe for both humans and animals, including bees, coquis, fish, dogs, cats, and horses.
- Scientists found that releasing male *Aedes aegypti* mosquitos with *Wolbachia* reduces the number of mosquitos in the environment.

How are male mosquitos with *Wolbachia* used to control mosquitos?

- Scientists put the *Wolbachia* bacteria into the eggs of the mosquitos.
- They raise these mosquitos in large quantities in a factory. They separate the male and female mosquitos.
- To control mosquitos with this technique, only male mosquitos with *Wolbachia* are released.

- Male mosquitos don't bite. Only female mosquitos bite.
- Large quantities of male mosquitos with *Wolbachia* are released into the wild. These mosquitos mate with females in the wild but larvae don't hatch from the egg.
- Since the larvae don't hatch, the number of *Aedes aegypti* mosquitos is reduced.
- Male mosquitos with *Wolbachia* must be released constantly.
- As the number of mosquitos in the wild decreases, the number of male mosquitos with *Wolbachia* that need to be released may go down as well.
- Without continuous releases, the population of *Aedes aegypti* mosquitos in the wild may increase again.
- Wild female *Aedes aegypti* mosquitos are the mosquitos that carry viruses like dengue, Zika, and chikungunya in Puerto Rico.

Is it safe to use male mosquitos with *Wolbachia*?

- Yes, *Wolbachia* is a bacterium that is found naturally in 6 of 10 insects in the world.
- Communities in Florida and California report that there was a reduction of mosquitos of up to 95% when they used this type of control method.
- *Wolbachia* does not affect humans or animals, including coquis, fish, dogs, cats, or horses.
- *Aedes aegypti* mosquitos with *Wolbachia* don't affect other species of mosquito. They only control *Aedes aegypti* mosquitos.

Why is this important to you?

- Studies in Puerto Rico show that *Aedes aegypti* mosquitos are resistant to many insecticides.
- Mosquitos with *Wolbachia* can be a biological alternative to control *Aedes aegypti* mosquitos.
- The process to raise local mosquitos with *Wolbachia* may start as soon as the necessary permissions are obtained.

1a. Would you support the use of **male mosquitos with *Wolbachia*** in your community?

Interviewer: Read the responses.

- Support
- Neutral
- Oppose
- No response



1b. What are the **reasons** you oppose?

Interviewer: Do not suggest responses. Choose all reasons mentioned below. Use "other" for reasons not listed.

- Environmental impact
- Wild animal health
- Human health
- Pet health
- Don't think it is/would be effective in this community
- Not a community priority/arboviruses are not a concern here
- Concerned about safety of use of mosquitos with *Wolbachia*
- Other: _____

2. Would you like to receive **more information** about this technique?

- Yes | No | Doesn't know | No response

3. What **type** of information would you like to receive? *Do not read the options.*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Uses/successes of this technique around the world | <input type="checkbox"/> Environmental impact |
| <input type="checkbox"/> Uses/successes of this technique in the US or Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Human health impact |
| <input type="checkbox"/> Information about the production of mosquitos | <input type="checkbox"/> Animal health impact |
| <input type="checkbox"/> Cost | <input type="checkbox"/> Other: (specify) _____ |

4. Which **communication methods** or **outlets** would you like to receive information from?

Read the options and select all that apply.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brochures/Pamphlets | <input type="checkbox"/> Text Messages/SMS | <input type="checkbox"/> Household Visits |
| <input type="checkbox"/> Newsletters | <input type="checkbox"/> What'sApp | <input type="checkbox"/> Community Meetings |
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Social Media | <input type="checkbox"/> Truck-mounted loudspeaker |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Email | |

Representante del Hogar

Nombre de entrevistador:

Grupo
XX #

Nombre de esta Comunidad:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El Tuque (TU) | <input type="checkbox"/> Glenview (GL) |
| <input type="checkbox"/> Pastillo (PT) | <input type="checkbox"/> Jardines del Caribe (JC) |
| <input type="checkbox"/> Villa del Carmen (VC) | <input type="checkbox"/> El Madrigal (MA) |
| <input type="checkbox"/> Jaime L. Drew (JD) | <input type="checkbox"/> Los Caobos (CB) |
| <input type="checkbox"/> Villa Grillasca (VG) | <input type="checkbox"/> San Antón (SA) |
| <input type="checkbox"/> La Playa (PL) | <input type="checkbox"/> Punto Oro (PO) |
| <input type="checkbox"/> Coto Laurel (CT) | <input type="checkbox"/> Santa Teresita (ST) |

Fecha de Entrevista: mm / dd / aaaa

Número de participante (HHID P PID): X X # # # # P # #

Criterios de elegibilidad y consentimiento

Misma persona que fue HR en Y1. Sí | No
Consentimiento escrito completo. Sí

Y1 Resultados

Todos recibieron sus resultados Sí | No

Recopilar información sobre los participantes que les faltan resultados:

Sexo	Edad	PID	Nombre
------	------	-----	--------

M / F / O

M / F / O

M / F / O

M / F / O

Ningún miembro del hogar recibió sus resultados.

Dirección Postal: (donde puede recibir los resultados)

Urbanización/PO Box

Número y Calle

Ponce PR Código Postal

¿Cuántas personas viven en esta casa (4 o más noches por semana) incluyéndolo/a a usted? _____

Cambios desde el año pasado? Sí / No Sabe | No

Sexo	Edad	Presente	Participando
------	------	----------	--------------

M / F / O Sí No Sí No NE DC

M / F / O Sí No Sí No NE DC

M / F / O Sí No Sí No NE DC

M / F / O Sí No Sí No NE DC

M / F / O Sí No Sí No NE DC

M / F / O Sí No Sí No NE DC

M / F / O Sí No Sí No NE DC

M / F / O Sí No Sí No NE DC

NE = No es elegible

DC = Desconocido

Seguimiento

1. ¿Usted **alquila** o es **dueño/a** de la casa?

Dueño Alquila Casa de un Familiar Otro

2. ¿Usted tiene **animales** en su casa?

Sí | No

2a. ¿Tiene alguno de los **siguientes animales** en su casa?

Marque todos que aplique.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caballos | <input type="checkbox"/> Perros |
| <input type="checkbox"/> Cabras | <input type="checkbox"/> Pez/peces |
| <input type="checkbox"/> Cerdos | <input type="checkbox"/> Roedores mascotas (ratones, ratas, güimos, o hamsters) |
| <input type="checkbox"/> Conejos | <input type="checkbox"/> Reptiles (tortugas, culebras, lagartijos) |
| <input type="checkbox"/> Gallinas/Gallos | <input type="checkbox"/> Vacas |
| <input type="checkbox"/> Gatos | <input type="checkbox"/> Otro no mencionado |
| <input type="checkbox"/> Ovejas | |
| <input type="checkbox"/> Pájaros | |

3. En los últimos 12 meses, ¿Ha visto o encontrado **ratas/ratones** adentro o alrededor de su casa?

Sí | No

4. ¿Esta casa tiene **cisterna/tanque de agua**?

Sí | No

5. ¿Tiene **escrines** en buen estado (que no están rotos) en todas las **ventanas**?

Sí No En todas las que abrimos

6. ¿Tiene **escrines** en buen estado (que no están rotos) en todas las **puertas**?

Sí No En todas las que abrimos

7. ¿Usa **aire acondicionado** en su casa? Sí | No

7a. ¿En qué **áreas** se usa **aire acondicionado**?

Sondear si es necesario. Marque todos que apliquen

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda la casa | <input type="checkbox"/> Cocina |
| <input type="checkbox"/> Cuarto(s) | <input type="checkbox"/> Otro cuarto |
| <input type="checkbox"/> Sala | |

7b. ¿En qué **momento del día** se usa el AC?

Sondear si es necesario. Marque todos que apliquen.

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Día | <input type="checkbox"/> De vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Noche | <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |

8. ¿Cuál es el **ingreso *anual*** aproximado de su familia?

- Menos de \$10,000
 \$10,000 a menos de \$20,000
 \$20,000 a menos de \$30,000
 \$30,000 a menos de \$40,000
 \$40,000 a menos de \$50,000
 \$50,000 a menos de \$60,000
 \$60,000 a menos de \$70,000
 \$70,000 o más
 Prefiere responder en meses. →

8a. ¿Cuál es el **ingreso *mensual*** aproximado de su familia? \$ _____

Representante del Hogar

Nombre de entrevistador:

Grupo
XX #

Nombre de esta Comunidad:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El Tuque (TU) | <input type="checkbox"/> Glenview (GL) |
| <input type="checkbox"/> Pastillo (PT) | <input type="checkbox"/> Jardines del Caribe (JC) |
| <input type="checkbox"/> Villa del Carmen (VC) | <input type="checkbox"/> El Madrigal (MA) |
| <input type="checkbox"/> Jaime L. Drew (JD) | <input type="checkbox"/> Los Caobos (CB) |
| <input type="checkbox"/> Villa Grillasca (VG) | <input type="checkbox"/> San Antón (SA) |
| <input type="checkbox"/> La Playa (PL) | <input type="checkbox"/> Punto Oro (PO) |
| <input type="checkbox"/> Coto Laurel (CT) | <input type="checkbox"/> Santa Teresita (ST) |

Fecha de Entrevista: mm / dd / aaaa

Número de participante (HHID P PID): X X # # # # P # #

Criterios de elegibilidad y consentimiento HR Solo

Consentimiento escrito completo. Si

Dirección Postal: (donde puede recibir los resultados)

Urbanización/PO Box
Número y Calle
Ponce PR Código Postal

¿Cuántas personas viven en esta casa (4 o más noches por semana) incluyéndolo/a a usted? _____

(Representante del Hogar) M / F / O Edad: _____

Sexo	Edad	Presente	Participando
M / F / O	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	
M / F / O	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	
M / F / O	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	
M / F / O	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	
M / F / O	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	
M / F / O	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	
M / F / O	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	
M / F / O	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	
NE = No es elegible		DC = Desconocido	

10. ¿Cuál es el ingreso *anual* aproximado de su familia?

- Menos de \$10,000
- \$10,000 a menos de \$20,000
- \$20,000 a menos de \$30,000
- \$30,000 a menos de \$40,000
- \$40,000 a menos de \$50,000
- \$50,000 a menos de \$60,000
- \$60,000 a menos de \$70,000
- \$70,000 o más
- Prefiere responder en meses. →

10a. ¿Cuál es el ingreso *mensual* aproximado de su familia? \$ _____

Casas Nuevas

1. ¿Usted **alquila** o es **dueño/a** de la casa?

- Dueño Alquila Casa de un Familiar Otro

2. ¿Usted tiene **animales** en su casa?

Sí | No

2a. ¿Tiene alguno de los siguientes **animales** en su casa?

Marque todos que aplique.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Caballos | <input type="checkbox"/> Perros |
| <input type="checkbox"/> Cabras | <input type="checkbox"/> Pez/peces |
| <input type="checkbox"/> Cerdos | <input type="checkbox"/> Roedores mascotas (ratones, ratas, güimos, o hamsters) |
| <input type="checkbox"/> Conejos | <input type="checkbox"/> Reptiles (tortugas, culebras, lagartijos) |
| <input type="checkbox"/> Gallinas/Gallos | <input type="checkbox"/> Vacas |
| <input type="checkbox"/> Gatos | <input type="checkbox"/> Otro no mencionado |
| <input type="checkbox"/> Ovejas | |
| <input type="checkbox"/> Pájaros | |

3. En los últimos 12 meses, ¿Ha visto o encontrado **ratas/ratones** adentro o alrededor de su casa? Sí | No

4. ¿Cuáles de las siguientes utiliza para recibir agua en su casa? Marque todos los que aplique.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AAA | <input type="checkbox"/> Agua de lluvia |
| <input type="checkbox"/> Pozo de agua | <input type="checkbox"/> Agua de manantial |
| <input type="checkbox"/> Bomba de agua | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> De otra vivienda/vecino/empresa | |

5. ¿Esta casa tiene **cisterna/tanque de agua**?

Sí | No

6. ¿Esta vivienda tiene **pozo séptico**?

Sí | No

6a. En los últimos 12 meses, ¿Cuán frecuente en su hogar inspeccionaron el **pozo séptico**? Lea las opciones.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Rara vez/De vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Una vez al mes | <input type="checkbox"/> No Recuerda/No Responde |

7. ¿Tiene **escrienes** en buen estado (que no están rotos) en todas las **ventanas**?

Sí No En todas las que abrimos

8. ¿Tiene **escrienes** en buen estado (que no están rotos) en todas las **p puertas**?

Sí No En todas las que abrimos

9. ¿Usa **aire acondicionado** en su casa? Sí | No

9a. ¿En qué **áreas** se usa aire acondicionado?

Sondear si es necesario. Marque todos que apliquen.

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda la casa | <input type="checkbox"/> Cocina |
| <input type="checkbox"/> Cuarto(s) | <input type="checkbox"/> Otro cuarto |
| <input type="checkbox"/> Sala | |

9b. ¿En qué **momento del día** se usa el AC?

Sondear si es necesario. Marque todos que apliquen.

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Día | <input type="checkbox"/> De vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Noche | <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |

Individual: características socio-

demográficas e historia clínica

Nombre de **entrevistador:** _____ Grupo
XX #

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 | No

Edad: _____ años Vive independiente
1-50 de los padres

Menor emancipado: Casado
 Tiene hijos

Consentimiento (individuos 21+, padres de menores 1-20)

- Consentimiento escrito** completado
- Acepto hacer el **cuestionario**.
- Acepto dar una **muestra** de sangre.
- Acepto que **utilicen** mi muestra para **estudios futuros**.
- Acepto ser **contactado semanalmente**.
- Acepto ser **contactado anualmente**.

Asentimiento (solo menores: verbal 7-13, escrito 14-20)

- Asentimiento escrito** completado (14-20)
- Asentimiento verbal** completado (7-13)
- Acepto hacer el **cuestionario**.
- Acepto dar una **muestra** de sangre.
- Acepto que **utilicen** mi muestra de sangre para **estudios futuros**.


Nombre:

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Inicial

Sexo: Masculino Femenino Otro


Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA

Todos los métodos por los que puede ser **contactado:**

- Llamada al celular: _____
- Mensaje de texto:  Compañía: _____
- Teléfono del hogar: _____
- Teléfono del trabajo: _____
- Otro teléfono: _____
- Correo electrónico: _____
- Correo postal

Contacto Adicional (1): Nombre _____

Relación Método de contacto:

- Pareja/Cónyuge Llamada al celular: _____
- Padre/madre Mensaje de texto  Compañía: _____
- Hijo/a Teléfono del hogar: _____
- Otro familiar Otro teléfono: _____
- Amigo Correo electrónico: _____

Proveer 2 contactos adicionales en la próxima página (KAP)

D0. ¿Para que utiliza su celular?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Llamadas Internet No tiene celular
- Textos Apps No sabe

D1. ¿Cuál es su **relación** con el representante del hogar?

Es su... Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Representante del hogar Otra relación/
miembro de la familia
- Pareja/Cónyuge Tutor/a legal
- Padre/Madre Amigo/a
- Hijo/a Otro
- Abuelo/a

D2. ¿Usted es de origen hispano o latino? Sí | No

D3. ¿Con qué **grupo étnico** se identifica?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Puertorriqueño Cubano Haitiano Ninguno
- Dominicano Mexicano Otro

D4. ¿Con qué **raza** o **razas** se identifica?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Blanca Negra o africana americana
- Asiática Nativa de Hawaii
- Otra o de otra de las islas del Pacífico
- No responde India americana y nativa de Alaska

D5. (5+ años) ¿Cuál es el **nivel de educación** más alto que ha obtenido? *Sondear si es necesario.*

- Sin escolarización Terminó el bachillerato
- Grados 1 a 5 Algún título profesional
- Grados 6 a 8 Algún estudio de posgrado
- Grados 9 a 11 Educación especial
- Terminó grado 12/GED
- Algún título universitario de técnico o asociado

D6. (16+ años) ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su **situación laboral** actual?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Empleado/a a tiempo completo Ama de casa/
cuida de un familiar
- Empleado/a tiempo parcial Condición de salud/
discapacidad
- Trabajo informal o casual (chiripas/chivitos) Desempleado
- Estudiando Otro
- Retirado

D7. (Niños 5-18 en escuela) **Nombre de su escuela:** _____

D8. ¿Tiene **plan médico** actualmente? Sí | No

D8.1 **Tipo de plan:**

Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.

- Reforma/Plan Mi Salud Privado
- Medicare Tricare
- Medicaid Otro: _____

D9. ¿Cuántos **años** lleva viviendo en esta comunidad? _____

Solo Mujeres: _____

C1. ¿Está **embarazada**? Sí | No

C1.2 ¿Cuántas **semanas** de gestación tiene? _____

C2. ¿Usted ha participado en algún **estudio de investigación** en el que le hayan aplicado una **vacuna** contra el **Zika** o el **dengue**?

Marque todas las que aplique. Zika | Dengue | Ninguna

C3. ¿Alguna vez su médico le ha **diagnosticado** con ... ?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad/condición del hígado | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico mental o psicológico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Enfermedad/condición del riñón | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Triglicéridos o colesterol alto | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Artritis/Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales |
| | <input type="checkbox"/> Cáncer | | <input type="checkbox"/> Otro |

HISTORIA CLINICA: Fiebre Actual

F1. ¿Tiene fiebre actualmente o en los **últimos 7 días**?

Sí | No

F2. Fecha que **empezó** la fiebre: ___ / ___ / ___
MM DD AAAA

F3. En esta enfermedad, ¿Ha tenido alguno de los siguientes **síntomas**?

Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Escalofríos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Sangrado |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Otro |

F4. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas?

Sí | No

F4a. ¿Fue en una **sala de emergencia** u **oficina médica**?

- Sala de Emergencia Oficina Médica Otro

F4b. ¿En qué **centro** fue el médico que usted consultó?

- | | |
|---|--|
| <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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | <input type="checkbox"/> Oficina Privada |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clínico: _____ | |

F4c. ¿**El médico** le **diagnosticó** 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: _____ |

F5. ¿Estuvo **hospitalizado(a)**?

Sí | No

F5a. ¿**Cuántos días** estuvo hospitalizado(a)? _____ días

F5b. ¿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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clínico: _____ | |

HISTORIA CLINICA: Fiebre en el último año

H1. ¿Tuvo (otra) fiebre en los **últimos 12 meses**, desde este mes del año pasado?

Sí | No

H2. Fecha que **empezó** la fiebre: ___ / ___ / ___
MM DD AAAA

H3. En esta enfermedad, ¿Ha tenido alguno de los siguientes **síntomas**?

Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Escalofríos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Sangrado |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Otro |

H4. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas?

Sí | No

H4a. ¿Fue en una **sala de emergencia** u **oficina médica**?

- Sala de Emergencia Oficina Médica Otro

H4b. ¿En qué **centro** fue el médico que usted consultó?

- | | |
|---|--|
| <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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | <input type="checkbox"/> Oficina Privada |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clínico: _____ | |

H4c. ¿**El médico** le **diagnosticó** 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: _____ |

H5. ¿Estuvo **hospitalizado(a)**?

Sí | No

H5a. ¿**Cuántos días** estuvo hospitalizado(a)? _____ días

H5b. ¿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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clínico: _____ | |

Movilidad

Nombre de entrevistador: _____

Grupo
XX #

Fecha de Entrevista: mm / dd / aaaa

Número de participante (HHID P PID): X X # # # # P # #

M0. Con excepción de su casa, ¿usted pasa **5 horas o más** en algún lugar durante la semana (por ejemplo, trabajo, escuela, u otra casa)?

Muestre la lista de posibles ubicaciones si es necesario.

 Sí | No**[Todos Participantes]**

M0.1 ¿Puede mencionar **todos** los lugares donde usted pasa **5 horas o más** por semana?

Seleccione todos los que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 1 |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 2 |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 3 |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 1 |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 2 |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 3 |
| <input type="checkbox"/> El gimnasio | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuido del hijo/a | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra casa (amigo, padre) | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> El supermercado | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda | <input type="checkbox"/> No puede mencionar uno |

M1.1 LUGAR #1

Seleccione uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 1 |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 2 |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 3 |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 1 |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 2 |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 3 |
| <input type="checkbox"/> El gimnasio | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuido del hijo/a | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra casa (amigo, padre) | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> El supermercado | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda | |

M1.2 ¿Visita este lugar durante **todo el año**? Sí | NoM1.2.1 ¿En **cuáles meses** visita este lugar? ←

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> enero | <input type="checkbox"/> abril | <input type="checkbox"/> julio | <input type="checkbox"/> octubre |
| <input type="checkbox"/> febrero | <input type="checkbox"/> mayo | <input type="checkbox"/> agosto | <input type="checkbox"/> noviembre |
| <input type="checkbox"/> marzo | <input type="checkbox"/> junio | <input type="checkbox"/> septiembre | <input type="checkbox"/> diciembre |

M1.3 ¿En **cuáles días** de la semana visita este lugar?

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lunes | <input type="checkbox"/> miércoles | <input type="checkbox"/> viernes | <input type="checkbox"/> sábado |
| <input type="checkbox"/> martes | <input type="checkbox"/> jueves | | <input type="checkbox"/> domingo |

M1.4 Generalmente, en una semana normal, ¿cuántas **horas** pasa en este lugar? _____ horasM1.5 Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? Adentro Al aire libre AmbosM1.5.1 ¿Este lugar tiene **escrines en buen estado** en todas las ventanas y puertas? Sí | NoM1.5.2 ¿Este lugar usa **aire acondicionado** cuando usted está presente? Sí | NoM1.6 ¿Puede encontrar el lugar en un mapa? Sí | No

Numero de área: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Color del área: China Verde Azul Amarillo

M1.7 ¿Usted sabe la dirección de este lugar? Sí | No

Dirección física: _____

M1.8 ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad)? _____

M2.1 LUGAR #2

Seleccione uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 1 |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 2 |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 3 |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 1 |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 2 |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 3 |
| <input type="checkbox"/> El gimnasio | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuido del hijo/a | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra casa (amigo, padre) | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> El supermercado | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda | |

M2.2 ¿Visita este lugar durante **todo el año**? Sí | NoM2.2.1 ¿En **cuáles meses** visita este lugar? ←

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> enero | <input type="checkbox"/> abril | <input type="checkbox"/> julio | <input type="checkbox"/> octubre |
| <input type="checkbox"/> febrero | <input type="checkbox"/> mayo | <input type="checkbox"/> agosto | <input type="checkbox"/> noviembre |
| <input type="checkbox"/> marzo | <input type="checkbox"/> junio | <input type="checkbox"/> septiembre | <input type="checkbox"/> diciembre |

M2.3 ¿En **cuáles días** de la semana visita este lugar?

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lunes | <input type="checkbox"/> miércoles | <input type="checkbox"/> viernes | <input type="checkbox"/> sábado |
| <input type="checkbox"/> martes | <input type="checkbox"/> jueves | | <input type="checkbox"/> domingo |

M2.4 Generalmente, en una semana normal, ¿cuántas **horas** pasa en este lugar? _____ horasM2.5 Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? Adentro Al aire libre AmbosM2.5.1 ¿Este lugar tiene **escrines en buen estado** en todas las ventanas y puertas? Sí | NoM2.5.2 ¿Este lugar usa **aire acondicionado** cuando usted está presente? Sí | NoM2.6 ¿Puede encontrar el lugar en un mapa? Sí | No

Numero de área: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Color del área: China Verde Azul Amarillo

M2.7 ¿Usted sabe la dirección de este lugar? Sí | No

Dirección física: _____

M2.8 ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad)? _____

M3.1 LUGAR #3

Seleccione uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 1 |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 2 |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 3 |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 1 |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 2 |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 3 |
| <input type="checkbox"/> El gimnasio | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuido del hijo/a | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra casa (amigo, padre) | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> El supermercado | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda | |

M3.2 ¿Visita este lugar durante **todo el año**? Sí | No

M3.2.1 ¿En **cuáles meses** visita este lugar? ↩

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> enero | <input type="checkbox"/> abril | <input type="checkbox"/> julio | <input type="checkbox"/> octubre |
| <input type="checkbox"/> febrero | <input type="checkbox"/> mayo | <input type="checkbox"/> agosto | <input type="checkbox"/> noviembre |
| <input type="checkbox"/> marzo | <input type="checkbox"/> junio | <input type="checkbox"/> septiembre | <input type="checkbox"/> diciembre |

M3.3 ¿En **cuáles días** de la semana visita este lugar?

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lunes | <input type="checkbox"/> miércoles | <input type="checkbox"/> viernes | <input type="checkbox"/> sábado |
| <input type="checkbox"/> martes | <input type="checkbox"/> jueves | | <input type="checkbox"/> domingo |

M3.4 Generalmente, en una semana normal, ¿cuántas **horas** pasa en este lugar? _____ horas

M3.5 Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? Adentro Al aire libre Ambos

M3.5.1 ¿Este lugar tiene **escrines en buen estado** en todas las ventanas y puertas? Sí | No

M3.5.2 ¿Este lugar usa **aire acondicionado** cuando usted está presente? Sí | No

M3.6 ¿Puede encontrar el lugar en un mapa? Sí | No

Numero de área: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Color del área: China Verde Azul Amarillo

M3.7 ¿Usted sabe la dirección de este lugar? Sí | No

Dirección física: _____

M3.8 ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad)? _____

M3.1 LUGAR #4

Seleccione uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 1 |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 2 |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 3 |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 1 |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 2 |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 3 |
| <input type="checkbox"/> El gimnasio | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuido del hijo/a | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra casa (amigo, padre) | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> El supermercado | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda | |

M4.2 ¿Visita este lugar durante **todo el año**? Sí | No

M4.2.1 ¿En **cuáles meses** visita este lugar? ↩

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> enero | <input type="checkbox"/> abril | <input type="checkbox"/> julio | <input type="checkbox"/> octubre |
| <input type="checkbox"/> febrero | <input type="checkbox"/> mayo | <input type="checkbox"/> agosto | <input type="checkbox"/> noviembre |
| <input type="checkbox"/> marzo | <input type="checkbox"/> junio | <input type="checkbox"/> septiembre | <input type="checkbox"/> diciembre |

M4.3 ¿En **cuáles días** de la semana visita este lugar?

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lunes | <input type="checkbox"/> miércoles | <input type="checkbox"/> viernes | <input type="checkbox"/> sábado |
| <input type="checkbox"/> martes | <input type="checkbox"/> jueves | | <input type="checkbox"/> domingo |

M4.4 Generalmente, en una semana normal, ¿cuántas **horas** pasa en este lugar? _____ horas

M4.5 Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? Adentro Al aire libre Ambos

M4.5.1 ¿Este lugar tiene **escrines en buen estado** en todas las ventanas y puertas? Sí | No

M4.5.2 ¿Este lugar usa **aire acondicionado** cuando usted está presente? Sí | No

M4.6 ¿Puede encontrar el lugar en un mapa? Sí | No

Numero de área: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Color del área: China Verde Azul Amarillo

M4.7 ¿Usted sabe la dirección de este lugar? Sí | No

Dirección física: _____

M4.8 ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad)? _____

**Usa una hoja adicional si el participante tiene más de 4 lugares donde visita por 5 o más horas a la semana*

KAP: Adultos y Adolescentes 14+

Preguntas de Exposición a Mosquitos

1. **En qué lugar** se encuentra cuando más le pican los mosquitos?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

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

2. **En el último mes**, ¿cuán frecuente te picaron los mosquitos? Lea las opciones si es necesario.

- Diariamente
- Rara vez
- De vez en cuando
- Nunca
- Semanalmente

3. ¿Alguna vez ha tenido **chikunguña**? Sí | No

4. ¿Alguna vez ha tenido **dengue**? Sí | No

5. ¿Ha conocido a alguien que haya tenido **dengue**?
 Sí | No

Historial de Vacunación y Opiniones

Entrevistador lee: Se están desarrollando algunas vacunas contra el dengue. No está claro aún cuantas dosis son necesarias, pero podría ser 1, 2, o 3.

6. Si hubiese una vacuna aprobada contra el **dengue**, disponible de forma gratuita, en Puerto Rico, ¿se vacunaría?

- Sí | No | No sabe

7. Si hubiese una vacuna aprobada contra el **dengue** en Puerto Rico, por la cual tuviera que pagar, ¿se vacunaría?

- Sí | No | No sabe

7.1 Si tuviera que pagar por una vacuna contra el dengue, ¿pagaría **\$10** por dosis? Sí | No | No sabe

7.2 Si tuviera que pagar por una vacuna contra el dengue, ¿pagaría **\$20** por dosis? Sí | No | No sabe

7.3 Si tuviera que pagar por una vacuna contra el dengue, ¿pagaría **\$50** por dosis? Sí | No | No sabe

8. ¿Tiene hijos menores de 21 años?
 Sí | No

8.1 Si hubiese una vacuna aprobada contra el **dengue**, disponible de forma gratuita, en Puerto Rico, ¿vacunaría a sus hijos? Sí | No | No sabe

8.2 Si hubiese una vacuna aprobada contra el **dengue** en Puerto Rico, por la cual tuviera que pagar, ¿vacunaría a sus hijos? Sí | No | No sabe

KAP: Adultos y Adolescentes 14+

9.1 (Si sí a 6 o 8.1) ¿Cuáles son las razones por las cuales le interesaría vacunarse/vacunar a su hijo contra el dengue? No lea las opciones, seleccione todas las que apliquen

- No quiero enfermarme/que mis hijos se enfermen con dengue
- No quisiera que yo/mis hijos falten al trabajo/escuela
- Me dio dengue y no quiero enfermarme otra vez
- Quiero protegerme/mi familia/mi comunidad
- Creo que es importante que todo el mundo se vacune
- Mi doctor recomienda la vacuna
- Otro (especifica): _____

9.2 (Si no a 6 o 8.1) ¿Cuáles son las razones por las cuales no le interesaría vacunarse/vacunar a su hijo contra el dengue?

No lea las opciones, seleccione todas las que apliquen

- Costo
- No me preocupa tener/que mis hijos tengan dengue
- Efectos secundarios/reacciones
- No me gustan/le dan miedo las agujas
- He escuchado cosas negativas de esta vacuna
- No creo que funciona
- No creo en las vacunas
- Otro (especifica): _____

9.3 (Si no sabe a 6 o 8.1) ¿Cuáles son las razones por las cuales no está seguro si le interesaría vacunarse/vacunar a su hijo contra el dengue?

No lea las opciones, seleccione todas las que apliquen

- Costo
- Efectos secundarios/reacciones
- He escuchado cosas negativas de esta vacuna
- No creo que funciona
- Necesito más información
- Necesito consultar con mi doctor
- Otro (especifica): _____

9.4 ¿Qué características considera importantes de una vacuna contra el dengue? (de la más a la menos importante)

- ___ Alto nivel de protección
 - ___ Que sea económica/Costo
 - ___ Efectos secundarios mínimos
 - ___ Que necesite una sola dosis
- 1 = más importante
4 = menos importante

Entrevistador lee: Recuerda que la influenza es una enfermedad respiratoria y no la transmite los mosquitos.

10. ¿Se ha vacunado contra la **influenza** en los últimos 12 meses? Sí | No | No sabe

10.1 ¿Por qué no se vacunó contra la influenza?

No lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Muy cara
- El plan médico no la cubre
- No sabía dónde conseguirla
- Inconveniente en ir a buscarla
- Miedo a las inyecciones (dolor)
- No funciona
- No cree en las vacunas
- Tiene una contraindicación
- Otra razón
- Ninguna razón/no sabe

Chequeo de Depresión y Ansiedad (18+ solo)

14. **PHQ.** Durante las últimas 2 semanas, ¿con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?
(Lea las opciones.)

14.1 Poco interés o placer en hacer cosas?

- 0 - Ningún día
- 1 - Varios días
- 2 - Más de la mitad de los días
- 3 - Casi todos los días

14.2 Sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanzas?

- 0 - Ningún día
- 1 - Varios días
- 2 - Más de la mitad de los días
- 3 - Casi todos los días

PHQ2 Score: _____
(PHQ1+PHQ2)

15. **GAD.** Durante las últimas 2 semanas, ¿con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?
(Lea las opciones.)

15.1 Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta

- 0 - Ningún día
- 1 - Varios días
- 2 - Más de la mitad de los días
- 3 - Casi todos los días

15.2 No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación?

- 0 - Ningún día
- 1 - Varios días
- 2 - Más de la mitad de los días
- 3 - Casi todos los días

GAD2 Score: _____
(GAD1+GAD2)

Chequeo de Uso de Drogas y Alcohol (18+ solo)

16. En los últimos 30 días, ¿ha bebido alcohol incluyendo cerveza, vino, otro licor (ron, whiskey, tequila)?

Sí | No

16.1 (hombres) En los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomó 5 o más bebidas alcohólicas en un periodo de aproximadamente 2 horas?

_____ veces

16.1 (mujeres) En los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de aproximadamente 2 horas?

_____ veces

17. **Alguna vez en la vida**, ¿se ha inyectado (o le han inyectado) cualquier droga o medicamento que no le hayan recetado?

Sí | No

17.1 En los últimos 12 meses, ¿se ha inyectado (o le han inyectado) cualquier droga o medicamento que no le hayan recetado?

Sí | No

18. En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado alguna droga o medicamento no-inyectable que no le hayan recetado?

Sí | No

Participant Laboratory Data

Collection Date: _____/_____/_____
Month Day Year

Participant ID: _____ P _____

Yes No

PARTICIPANT
BARCODE

Serum

Serum

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

No: COPA

Yes: COPA_SYM

Pregnant

Contacto Adicional (2): Nombre _____

Relación Método de contacto:
 Pareja/Cónyuge Llamada al celular: _____
 Padre/madre Mensaje de texto → Compañía: ____
 Hijo/a Teléfono del hogar: _____
 Otro familiar Otro teléfono: _____
 Amigo Correo electrónico: _____

Contacto Adicional (3): Nombre _____

Relación Método de contacto:
 Pareja/Cónyuge Llamada al celular: _____
 Padre/madre Mensaje de texto → Compañía: ____
 Hijo/a Teléfono del hogar: _____
 Otro familiar Otro teléfono: _____
 Amigo Correo electrónico: _____

Aceptación de Posibles Actividades de Control de Mosquitos

Introducción: *(Entrevistador lea lo siguiente)* En esta sección, hablaremos sobre un método para controlar los mosquitos *Aedes aegypti*, que pueden transmitir enfermedades tales como dengue, Zika y chikunguña. Este método de control se utiliza en una etapa específica de vida del mosquito, por lo cual comenzaremos explicándole el ciclo de vida de éste:

Para el entrevistador: Explicar aquí el ciclo de vida del mosquito, utilizando la tarjeta o el video del Ciclo de Vida del Mosquito Aedes aegypti. Si utiliza la tarjeta, lea el libreto:

- Es un mosquito de color oscuro, con marcas blancas en el cuerpo y las patas. Le gusta estar cerca de la gente, dentro y fuera de las casas.
- El *Aedes aegypti* pica principalmente de día, aunque puede picar de noche cuando hay luz artificial.
- Solo los mosquitos hembra pican a las personas, ya que necesitan obtener sangre para producir sus huevos. Los mosquitos macho no pican.
- El mosquito hembra pone sus huevos en las paredes de cualquier recipiente con agua acumulada dentro o fuera del hogar.
- Allí, pegados en las paredes del recipiente, los huevos pueden sobrevivir varios meses.
- Cuando los huevos entran en contacto con el agua, nacen las larvas.
- Las larvas viven en el agua donde se alimentan y se convierten en pupas en alrededor de 5 días.
- Las pupas se mantienen cerca de la superficie, donde respiran.
- De 2 a 3 días las pupas se convierten en mosquitos adultos voladores.
- Puede tomar tan solo 7 a 10 días para que un huevo de mosquito se convierta en un mosquito adulto.

Técnica del Insecto Estéril

Entrevistador lea lo siguiente (o muestre el video):

- Desde los años 50s, se ha usado con éxito la Técnica del Insecto Estéril para controlar diferentes especies de insectos en la agricultura. Por ejemplo, en el año 1975 en Puerto Rico se utilizó esta técnica la cual eliminó el gusano barrenador de ganado.

¿Cómo funciona?

- Se liberan muchos insectos machos estériles para que se unan con los insectos hembras en el ambiente.
- Como son estériles, no pueden reproducirse, así que no nace una nueva generación y el número de insectos se reduce.
- Existen diferentes maneras de esterilizar a los insectos. Por ejemplo, el uso de *Wolbachia*.

¿Es segura?

- Esta técnica es segura para las personas, los animales y otros insectos, pues solo afecta al insecto que se quiere controlar.

1. ¿Había escuchado hablar de los mosquitos con *Wolbachia*?

Sí | No | No sabe | No responde

Entrevistador lea lo siguiente (o muestre el video):

¿Qué es *Wolbachia*?

- *Wolbachia* es una bacteria que se encuentra naturalmente en 6 de cada 10 insectos del mundo.
- *Wolbachia* no enferma a las personas. La Agencia de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés) determinó que su uso es seguro tanto para las personas como para los animales, incluyendo a las abejas, coquíes, peces, perros, gatos o caballos.
- Los científicos descubrieron que liberar mosquitos *Aedes aegypti* machos con *Wolbachia* reduce la cantidad de estos mosquitos del ambiente.

¿Cómo se usan los mosquitos machos con *Wolbachia* para controlar los mosquitos?

- Los científicos introdujeron la bacteria *Wolbachia* a los huevos de los mosquitos.
- Se crían en grandes cantidades en una fábrica. Se separan los mosquitos machos de las hembras.
- Para controlar los mosquitos con esta técnica, solo se liberan mosquitos machos con *Wolbachia*.
- Los mosquitos macho no pican. Solo los mosquitos hembra pican.
- Se liberan grandes cantidades de machos con *Wolbachia* al ambiente. Estos mosquitos se aparean con las hembras del ambiente y las larvas no nacen de los huevos.
- Como las larvas no nacen, se reduce la cantidad de mosquitos *Aedes aegypti*.
- Se deben liberar los mosquitos macho con *Wolbachia*, constantemente.
- A medida que la población de mosquitos en el ambiente baja, también podría bajar la cantidad de mosquitos con *Wolbachia* que se deben liberar.
- Si no se siguen liberando, la población de mosquitos *Aedes aegypti* del ambiente aumentará.
- Los mosquitos *Aedes aegypti* hembra del ambiente son los que transmiten virus como dengue, Zika y chikungunya en Puerto Rico.

¿Es seguro usar los mosquitos machos con *Wolbachia*?

- Sí, *Wolbachia* es una bacteria que se encuentra naturalmente en 6 de cada 10 insectos del mundo.
- Comunidades en la Florida y California reportan que hubo una reducción de hasta 95% de mosquitos cuando usaron este tipo de control.
- La *Wolbachia* no afecta a las personas ni a los animales como los coquies, peces, perros, gatos o caballos.
- Los mosquitos *Aedes aegypti* con *Wolbachia* no tienen efecto en otras especies de mosquitos, solo controlan a los mosquitos *Aedes aegypti*.

¿Por qué esto es importante para ti?

- Estudios en Puerto Rico señalan que los mosquitos *Aedes aegypti* son resistentes a muchos insecticidas.
- Los mosquitos con *Wolbachia* pueden ser una alternativa biológica para el control de mosquitos *Aedes aegypti*.
- El proceso de criar mosquitos locales con *Wolbachia* puede comenzar una vez se tengan los permisos necesarios de las agencias federales y locales.

1a. ¿Usted apoyaría usar mosquitos machos con *Wolbachia* en su comunidad?

Entrevistador: Lea las respuestas.

- Apoya
- Neutral
- Opuesto
- No Respondió

1b. ¿Cuáles son las razones para que se oponga?

Entrevistador: No sugiera respuestas. Consulte si se menciona en la lista. Utilice "otro" para todos los demás motivos.

- Impacto al ambiente
- Salud de los animales en la naturaleza
- Salud de las personas
- Salud de las mascotas
- No piensa que es / o que sería efectivo en esta comunidad
- No es una prioridad de la comunidad / las enfermedades transmitidas por mosquitos no son una preocupación aquí
- Me preocupa cuán seguro sea usar mosquitos con *Wolbachia*
- Otro: _____

2. ¿Le gustaría recibir **más información** sobre esta técnica?

- Sí | No | No sabe | No responde

3. ¿Qué **tipo** de información le gustaría recibir? No lea las respuestas.

- Usos/éxito de esta técnica en otras partes del mundo
- Usos/éxito de esta técnica en los Estados Unidos o Puerto Rico
- Información sobre la producción de los mosquitos
- Costo
- Impacto al ambiente
- Impacto a la salud a las personas
- Impacto a la salud a los animales
- Otro: (específica) _____

4. ¿Qué **medios** (outlets) le gustaría que sean utilizados para llevarle la información? Lea las respuestas.

- Afiches/opúsculos/folletos
- Mensajes de texto/SMS
- Visitas casa a casa
- Newsletters
- What'sApp
- Reuniones en la comunidad
- TV
- Medios/redes sociales
- Altoparlantes/tumbacocos por la comunidad
- Radio
- Email