

Cuestionario de caso de mielitis flácida aguda (MFA o AFM, por sus siglas en inglés)

Sección 1: INFORMACIÓN DEL ENTREVISTADOR Y DEL PACIENTE (Las preguntas 1 a 10 deben ser completadas por el entrevistador antes de administrar el cuestionario).	
1. N.º de ID de los CDC: _____	
2. N.º de ID estatal/local/otro: _____	
3. Fecha de la entrevista:	____/____/____ (Si no sabe, escriba 99/99/9999) D D/M M/A A A A
4. Información del entrevistador Nombre: _____ Agencia u organización: _____	
5. Entrevista realizada <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> En persona	
6. ¿Estado y condado de residencia? Estado _____ Condado _____	
7. Nombre del paciente _____	
8. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No sabe	
9. Fecha de nacimiento: ____/____/____ (Si no sabe, escriba 99/9999) o edad a la fecha de inicio de la debilidad en las extremidades ----- D D/M M/A A A A	
10. Fecha de inicio de la debilidad en las extremidades: ____/____/____ (Si no sabe, escriba 99/9999)	

(Recuerde usar el lenguaje adecuado si el entrevistado es el paciente [caso de un adulto] o el padre de un niño. No entreviste a niños menores de 18 años. El texto en cursiva es solo para su información y no para ser leído al entrevistado).

Hola, mi nombre es _____, soy [insertar cargo] y trabajo para [insertar nombre del departamento de salud]. ¿Puedo hablar con uno de los padres o tutores de [nombre]?

(Si los padres no están allí) Está bien. ¿Puede sugerir un mejor horario para volver a llamar y hablar con _____?

(En caso afirmativo, padre/tutor) Los CDC han confirmado el caso de MFA de [nombre]. Nos gustaría saber más sobre la enfermedad de su hijo con MFA. Estimamos que tomará una hora de su tiempo. ¿Es un buen momento para hablar?

(Si no es así) ¿Hay un mejor momento para volver a llamar? _____

Gracias. Para empezar, solo quiero contarle un poco sobre por qué queremos hacerle estas preguntas. Hemos aprendido mucho sobre la MFA en los últimos años y creemos que los virus probablemente tengan una función importante en la enfermedad. Nos gustaría repasar el curso de la enfermedad de [nombre] con usted para saber más acerca de cómo se desarrollaron los síntomas. Y para completar, también le haremos algunas preguntas sobre otras cosas como el contacto con los animales, las actividades, los viajes y los artículos del hogar sobre los que a menudo se hacen preguntas cuando estamos tratando de aprender más sobre una enfermedad. Sus respuestas pueden ayudarnos a comprender mejor esta enfermedad y, a su vez, ayudar a [nombre] y a otras personas.

Queremos que sepa que el hecho de que hagamos una pregunta sobre una actividad o un producto no significa que creamos que es perjudicial o que causa MFA; estas preguntas nos ayudarán a enfocar el trabajo futuro para entender la MFA. Si hay alguna pregunta con la cual no se siente cómodo, hágamelos saber y la omitiremos para seguir adelante.

11. El encuestado es: Paciente (>18 años) Madre Padre Otro (especifique): _____
12. La entrevista se realizó en Inglés Español Otro (especifique): _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

En primer lugar, me gustaría confirmar algunos detalles sobre [nombre] con usted.

13. Fecha de nacimiento: ___/___/____ (Si no sabe, escriba 99/9999)
D D/M M/A A A A

14. ¿Es [nombre] (usted) hispano o latino?

- Hispano o latino No hispano o latino

15. ¿Cómo describiría la raza de [nombre]? Puede responder que sí a todo lo que corresponda:

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco

16. ¿Tuvo [nombre] debilidad en las extremidades durante 2018?

- No Sí

(En caso afirmativo) Nuestros registros muestran que la debilidad comenzó en ___/___/____

¿Eso es correcto? No Sí No sabe (Si la respuesta es negativa) registre la fecha ___/___/____

17. ¿Recibió [nombre] un diagnóstico de MFA de un médico?

- Sí No No sabe

Si la respuesta es negativa, ¿qué diagnóstico recibió su hijo?

Información del entrevistado

18. (Si está entrevistando a un paciente, pase a 18b) a. ¿[Nombre] vive con usted?

No, no vivimos juntos. (Si el entrevistado no es la figura parental principal, solicite hablar con dicha figura parental o pida su información de contacto).

Sí, vivimos juntos, a tiempo completo (complete b-c) Sí, a tiempo parcial: describa _____ (complete b-d)

b. ¿Cuántas personas vivían con usted cuando [nombre] se enfermó? _____

c. ¿Puede decirme sus nombres, edades y relación con [nombre], incluyéndose usted? Si no quiere dar nombres, podemos hacer lo que le parezca más cómodo, como usar iniciales. (Añada esta información a la tabla de Hogar 1).

d. (Para los que conviven a tiempo parcial) ¿Puede hablarme del otro hogar de [nombre]? ¿Cuántas personas vivían allí cuando [nombre] se enfermó? _____ (Marque esto en Hogar 2)

Comentarios _____

HOGAR 1

Nombre/iniciales	Edad (al momento de la enfermedad del paciente de MFA)	Relación	¿La relación es de padrastros, media consanguinidad o consanguinidad directa?
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa

		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra_____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra_____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa

HOGAR 2

Nombre/iniciales	Edad (al momento de la enfermedad del paciente de MFA)	Relación	¿La relación es de padrastros, media consanguinidad o consanguinidad directa?
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra_____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra_____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra_____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra_____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra_____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad directa
		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otra_____	<input type="checkbox"/> Padrastros <input type="checkbox"/> Media consanguinidad <input type="checkbox"/> Consanguinidad

			directa
--	--	--	---------

Antecedentes médicos

Ahora me gustaría que recordara la salud de [nombre] (su salud) antes de que presentara MFA.

19. ¿Nació [nombre] a término o prematuro(a) (menos de 36 semanas)?

- Término completo (37-40+ semanas)
 Prematuro(a) (<36 semanas)
 No sabe

20. Antes de enfermarse, ¿a qué tipo de médicos veía regularmente?

- Pediatra Neurólogo, por _____ Inmunólogo, por _____ Dermatólogo, por _____ Alergista, por _____
 Otorrinolaringólogo, por _____ Otro, describa e indique por qué afección _____

21. ¿Recibió alguna vez diagnóstico de alguna de las siguientes afecciones o tiene alguna afección por la cual visita regularmente al médico o toma medicamentos de manera regular antes de la aparición de la MFA? (Indique para qué afección toma el medicamento)

Afección	¿Tomó medicamentos para esto?	¿Qué tipo de medicamento?	¿Con qué frecuencia?	Comentarios
<input type="checkbox"/> Atopia				
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del medicamento _____ <input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta para la alergia <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del medicamento _____ <input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta para la alergia <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	

Afección	¿Tomó medicamentos para esto?	¿Qué tipo de medicamento?	¿Con qué frecuencia?	Comentarios
<input type="checkbox"/> Alergias En caso afirmativo, ¿a qué se debe la alergia? <input type="checkbox"/> Alergia estacional <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Abejas <input type="checkbox"/> Otro, describa_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del medicamento_____ <input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Oral/píldora <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta para la alergia <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Otro_____ ¿Recibe vacunas para las alergias? <input type="checkbox"/> Sí (en la actualidad) <input type="checkbox"/> Sí (en el pasado, pero ya no las recibe) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia/sistema inmunitario debilitado (inmunodeficiencia combinada grave [IDCG], afecciones que requieren un trasplante de células madre, deficiencia de anticuerpos) En caso afirmativo, describa_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del medicamento_____ <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del medicamento_____ <input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta para la alergia <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Malnutrición o deficiencia de vitaminas o minerales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del medicamento_____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Trastorno alimentario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del medicamento_____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	

Afección	¿Tomó medicamentos para esto?	¿Qué tipo de medicamento?	¿Con qué frecuencia?	Comentarios
<input type="checkbox"/> Afecciones autoinmunitarias				
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Nombre del medicamento) _____ <input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Antiinflamatorio no esteroideo (<input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados) <input type="checkbox"/> Otro _____ Este medicamento se administra <input type="checkbox"/> Oralmente <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (p. ej., enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) Nota: SIN SÍNDROME DE COLON IRRITABLE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Nombre del medicamento) _____ <input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Antiinflamatorio no esteroideo (<input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados) <input type="checkbox"/> Otro inmunosupresor, _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ Este medicamento se administra <input type="checkbox"/> Oralmente <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Nombre del medicamento) _____ Este medicamento se administra <input type="checkbox"/> Oralmente <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Nombre del medicamento) _____ <input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Antiinflamatorio no esteroideo (<input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados) <input type="checkbox"/> Otro inmunosupresor, _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ Este medicamento se administra <input type="checkbox"/> Oralmente <input type="checkbox"/> Se inhala	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	

		<input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro _____		
Afección	¿Tomó medicamentos para esto?	¿Qué tipo de medicamento?	¿Con qué frecuencia?	Comentarios
<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Nombre del medicamento) _____ <input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Antiinflamatorio no esteroideo (<input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados) <input type="checkbox"/> Otro inmunosupresor, _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ Este medicamento se administra <input type="checkbox"/> Oralmente <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Tiroiditis (de Hashimoto, de Graves)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Nombre del medicamento) _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Otra afección autoinmunitaria Describe _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Nombre del medicamento) _____ <input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Antiinflamatorio no esteroideo (<input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados) <input type="checkbox"/> Otro inmunosupresor, _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ Este medicamento se administra <input type="checkbox"/> Oralmente <input type="checkbox"/> Se inhala <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Afección congénita (p. ej., afecciones que su hijo tuvo al nacer, como paladar hendido y labio leporino, defectos cardíacos, espina bífida), describa _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Nombre del medicamento) _____ Este medicamento se administra <input type="checkbox"/> Oralmente <input type="checkbox"/> Se inhala <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> Otra afección describa, _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Nombre del medicamento) _____ Este medicamento se administra <input type="checkbox"/> Oralmente <input type="checkbox"/> Se inhala <input type="checkbox"/> Tópico	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	

		<input type="checkbox"/> Inyección	<input type="checkbox"/> Otro _____		
--	--	------------------------------------	-------------------------------------	--	--

Afección	¿Tomó medicamentos para esto?	¿Qué tipo de medicamento?	¿Con qué frecuencia?	Comentarios
¿Hay algún otro medicamento que esté tomando de manera rutinaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Nombre del medicamento) _____ Este medicamento se administra <input type="checkbox"/> Oralmente <input type="checkbox"/> Se inhala <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario	
<input type="checkbox"/> No se notifican afecciones médicas <input type="checkbox"/> No sabe				

22. Antes de que [nombre] presentara MFA, ¿fue hospitalizado(a) alguna vez (pasó la noche) por alguna razón?

Sí No No sabe

En caso afirmativo, ¿cuántas veces [nombre] (usted) ha sido hospitalizado(a) por más de un día? Cantidad de veces _____

Hospitalizaciones	¿Cuál fue la fecha de la hospitalización? (MM/AAAA)	¿Cuál fue el motivo de la hospitalización?	Describa brevemente (presente la razón, la causa [si correspondiera])
1		<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Otra, describa _____	
2		<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Otra, describa _____	
3		<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Otra, describa _____	

23. A continuación, nos gustaría saber si [nombre] tiene algún pariente consanguíneo que haya recibido el diagnóstico de alguna de las siguientes afecciones:

(Agregue comentarios según sea necesario, como el nivel de certeza del entrevistado sobre el diagnóstico o la gravedad de la enfermedad).

Afección	Familiares directos	Familiares maternos	Familiares paternos	Comentarios
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía	

Afección	Familiares directos	Familiares maternos	Familiares paternos	Comentarios
<input type="checkbox"/> Alergia estacional <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Abejas <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Padre Hermana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia/sistema inmunitario debilitado (p. ej., deficiencia de anticuerpos, afección que requiere un trasplante de células madre)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre Hermana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre Hermana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Afecciones autoinmunitarias				
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre Hermana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (p. ej., enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre Hermana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre Hermana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre Hermana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre Hermana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Tiroiditis (de Hashimoto, de Graves)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre Hermana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Otra afección autoinmunitaria Describe _____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre Hermana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tío	

Afección	Familiares directos		Familiares maternos		Familiares paternos		Comentarios
	Hermano						
<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica							
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Mielitis transversa	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Demencias (p. ej., enfermedad de Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Otra enfermedad neurológica, describa_____	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	<input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Sin afecciones médicas							
<input type="checkbox"/> No sabe							

Antecedentes de enfermedad (30 días)

Ahora me gustaría hacer algunas preguntas sobre la época en que [nombre] comenzó a tener debilidad en las extremidades. Para muchas preguntas estamos interesados en los 30 días anteriores a la debilidad en las extremidades. Puede ser útil mirar un calendario para estas preguntas.

24. Como ya hemos conversado, [nombre] sintió debilidad en alguna extremidad por primera vez el ___/___/_____ (DD/MM/AAAA)

Según esta información, el período de 30 días anterior a la debilidad en las extremidades de [nombre] sería el período comprendido entre ___/___/_____ y ___/___/_____.

25. **En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿tuvo [nombre] algún procedimiento médico o dental (incluidos trabajos dentales como un arreglo de caries, amigdalectomía o tubos auditivos)?**

Sí No No sabe

En caso afirmativo, describa: _____ fecha aproximada
___/___/_____

26. **En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿tuvo [nombre] algún traumatismo físico? Esto puede incluir situaciones tales como un hueso roto, una lesión que requiera puntos de sutura, una mordedura de un animal o una conmoción cerebral.**

Sí No No sabe

En caso afirmativo,

¿cuál fue la fecha aproximada? ___/___/_____

¿Qué tipo de traumatismo? Hueso roto Lesión que requirió puntos de sutura Conmoción cerebral Mordedura de un animal Otro, describa _____

¿En qué parte del cuerpo ocurrió el traumatismo? *Marque todas las respuestas que correspondan.*

Cabeza Cuello Pierna (Izquierda Derecha) Brazo (Izquierdo Derecho) Tronco Otro, describa:

27. **En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿recibió [nombre] alguna inyección? Esto puede incluir vacunas, vacunas contra la influenza (gripe), inyección de esteroides, inyecciones para alergias, inyección de antibióticos, inyecciones de vitaminas, otros medicamentos, etc.** Sí

No No sabe

En caso afirmativo, responda lo siguiente sobre cada inyección.

Tipo de inyección	Descripción de la inyección (nombre, motivo)	Fecha (DD/MM/AAAA)	Reacción	Lugar de la inyección
<input type="checkbox"/> Vacunación infantil de rutina <input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza (gripe) <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Otro medicamento <input type="checkbox"/> Inyección para alergias <input type="checkbox"/> Vitamina/suplemento <input type="checkbox"/> Otro		__/__/____	<input type="checkbox"/> Dolor alrededor del sitio de la inyección <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Parte superior del brazo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Glúteos <input type="checkbox"/> Otro, describa_____
<input type="checkbox"/> Vacunación infantil de rutina <input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza (gripe) <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Otro medicamento <input type="checkbox"/> Inyección para alergias <input type="checkbox"/> Vitamina/suplemento <input type="checkbox"/> Otro		__/__/____	<input type="checkbox"/> Dolor alrededor del sitio de la inyección <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Parte superior del brazo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Glúteos <input type="checkbox"/> Otro, describa_____
<input type="checkbox"/> Vacunación infantil de rutina <input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza (gripe) <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Otro medicamento <input type="checkbox"/> Inyección para alergias <input type="checkbox"/> Vitamina/suplemento <input type="checkbox"/> Otro		__/__/____	<input type="checkbox"/> Dolor alrededor del sitio de la inyección <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Parte superior del brazo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Glúteos <input type="checkbox"/> Otro, describa_____
<input type="checkbox"/> Vacunación infantil de rutina <input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza (gripe) <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Otro medicamento <input type="checkbox"/> Inyección para alergias <input type="checkbox"/> Vitamina/suplemento <input type="checkbox"/> Otro		__/__/____	<input type="checkbox"/> Dolor alrededor del sitio de la inyección <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Parte superior del brazo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Muslo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Glúteos <input type="checkbox"/> Otro, describa_____

En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿tuvo [nombre] síntomas de una enfermedad? Estos pueden incluir resfriado, tos, dolor de estómago, vómitos o diarrea, dolores corporales, fiebre u otros síntomas. (Algunos síntomas como la fiebre pueden desaparecer y luego reaparecer justo antes de la debilidad en las extremidades. Registre los síntomas que se repiten como una enfermedad aparte en la segunda sección de enfermedades).

Sí No No sabe (en caso de responder que no o indicar que no sabe, pase a la pregunta 30)

Enfermedad n.º 1: ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas?

Síntomas (marque sí o no para cada uno)	Fecha aproximada (DD/MM/AAAA)	Días antes de la debilidad en las extremidades	¿Estaban presentes estos síntomas cuando se presentó la debilidad en las extremidades?
¿Fiebre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? _____ <input type="checkbox"/> Subjetivo (medida d/n)		____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Síntomas de resfriado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Moqueo <input type="checkbox"/> Congestión <input type="checkbox"/> Dolor de garganta		____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Síntomas gastrointestinales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Dolor de estómago		____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sarpullido o llagas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las palmas de las manos <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las plantas de los pies <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior <input type="checkbox"/> Llagas en la boca		____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro Especifique _____		____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

28. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿tuvo algún otro episodio de enfermedad?

Sí No No sabe (en caso de responder que no o indicar que no sabe, pase a la pregunta 30)

Enfermedad n.º 2:

Síntomas (marque sí o no para cada uno)	Fecha aproximada (DD/MM/AAAA)	Días antes de la debilidad en las extremidades	¿Estaban presentes estos síntomas cuando se presentó la debilidad en las extremidades?
¿Fiebre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? _____ <input type="checkbox"/> Subjetivo (medida d/n)		_____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Síntomas de resfriado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Moqueo <input type="checkbox"/> Congestión <input type="checkbox"/> Dolor de garganta		_____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Síntomas gastrointestinales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Dolor de estómago		_____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sarpullido o llagas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las palmas de las manos <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las plantas de los pies <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior <input type="checkbox"/> Llagas en la boca		_____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro Especifique _____		_____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

29. ¿Estuvo enfermo algún miembro del hogar en los 30 días anteriores a la debilidad en las extremidades de [nombre]?

Sí No No sabe (en caso de responder que no o indicar que no sabe, pase a la pregunta 31)

(Si el entrevistado no recuerda todos los detalles, marque "No sabe" y añada cualquier comentario adicional al final de la tabla).

Miembro del hogar (relación y edad)	Síntomas (marque sí o no para cada uno)	Duración de la enfermedad (días)	¿Se buscó atención médica?	¿Se enfermó [esta persona] antes o después de [nombre]?
Miembro del hogar n.º 1 (relación y edad)	¿Fiebre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? _____ <input type="checkbox"/> Subjetivo (medida d/n) ¿Síntomas de resfriado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Moqueo <input type="checkbox"/> ¿Congestión? ¿Síntomas gastrointestinales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Dolor de estómago ¿Sarpullido o llagas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las palmas de las manos <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las plantas de los pies <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior <input type="checkbox"/> Llagas en la boca <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____	_____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí, _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> El paciente de MFA no tuvo ninguna enfermedad antes de la debilidad en las extremidades <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Después <input type="checkbox"/> Al mismo tiempo <input type="checkbox"/> No sabe

Miembro del hogar (relación y edad)	Síntomas (marque sí o no para cada uno)	Duración de la enfermedad (días)	¿Se buscó atención médica?	¿Se enfermó [esta persona] antes o después de [nombre]?
Miembro del hogar n.º 2 (relación y edad)	¿Fiebre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? _____ <input type="checkbox"/> Subjetivo (medida d/n) ¿Síntomas de resfriado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Moqueo <input type="checkbox"/> ¿Congestión? ¿Síntomas gastrointestinales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Dolor de estómago ¿Sarpullido o llagas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las palmas de las manos <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las plantas de los pies <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior <input type="checkbox"/> Llagas en la boca <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____	_____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí, _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> El paciente de MFA no tuvo ninguna enfermedad antes de la debilidad en las extremidades <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Después <input type="checkbox"/> Al mismo tiempo <input type="checkbox"/> No sabe
Miembro del hogar n.º 3 (relación y edad)	¿Fiebre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? _____ <input type="checkbox"/> Subjetivo (medida d/n) ¿Síntomas de resfriado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Moqueo <input type="checkbox"/> ¿Congestión? ¿Síntomas gastrointestinales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Dolor de estómago ¿Sarpullido o llagas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las palmas de las manos <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las plantas de los pies	_____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí, _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> El paciente de MFA no tuvo ninguna enfermedad antes de la debilidad en las extremidades <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Después <input type="checkbox"/> Al mismo tiempo <input type="checkbox"/> No sabe

	<input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior <input type="checkbox"/> Llagas en la boca <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____			
Miembro del hogar (relación y edad)	Síntomas (marque sí o no para cada uno)	Duración de la enfermedad (días)	¿Se buscó atención médica?	¿Se enfermó [esta persona] antes o después de [nombre]?
Miembro del hogar n.º 4 (relación y edad)	¿Fiebre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? _____ <input type="checkbox"/> Subjetivo (medida d/n) ¿Síntomas de resfriado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Moqueo <input type="checkbox"/> ¿Congestión? ¿Síntomas gastrointestinales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Dolor de estómago ¿Sarpullido o llagas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las palmas de las manos <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las plantas de los pies <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior <input type="checkbox"/> Llagas en la boca <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____	_____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí, _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> El paciente de MFA no tuvo ninguna enfermedad antes de la debilidad en las extremidades <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Después <input type="checkbox"/> Al mismo tiempo <input type="checkbox"/> No sabe

Miembro del hogar n.º 5 (relación y edad)	¿Fiebre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? _____ <input type="checkbox"/> Subjetivo (medida d/n) ¿Síntomas de resfriado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Moqueo <input type="checkbox"/> ¿Congestión? ¿Síntomas gastrointestinales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Dolor de estómago ¿Sarpullido o llagas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las palmas de las manos <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en las plantas de los pies <input type="checkbox"/> Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior <input type="checkbox"/> Llagas en la boca <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____	_____ días <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí, _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> El paciente de MFA no tuvo ninguna enfermedad antes de la debilidad en las extremidades <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Después <input type="checkbox"/> Al mismo tiempo <input type="checkbox"/> No sabe
(Registre en qué orden se enfermaron estos miembros de la familia (incluido [nombre])).				
Comentarios adicionales:				

Atención médica recibida

Ahora nos gustaría hablar sobre las visitas al médico desde los 30 días anteriores a la aparición de la debilidad en las extremidades hasta el momento en que [nombre] fue hospitalizado(a).

30. ¿Cuántas veces fue [nombre] a ver a un médico antes de la hospitalización? Cantidad de veces _____

31. Me gustaría hacerle unas preguntas sobre cada visita. Empecemos con la primera vez que [nombre] vio a un médico.

(Si la razón de la visita fue la debilidad en las extremidades, indique la fecha o "0" días antes de su aparición. Todos los pacientes deben tener al menos una entrada para esta tabla. Si el paciente fue hospitalizado a consecuencia de la primera visita a un médico o un centro médico, registre los detalles que llevaron a la hospitalización. No necesitamos información posterior a la admisión).

	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4
¿Dónde revisaron a [nombre]?	<input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Atención de urgencia	<input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Atención de urgencia	<input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Atención de urgencia	<input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Atención de urgencia

	<input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Otro, describa _____	<input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Otro, describa _____	<input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Otro, describa _____	<input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Otro, describa _____
¿Por qué llevó a [nombre] al médico?				
Cantidad de días antes o después del inicio de la debilidad en las extremidades				
¿Quién examinó a [nombre]?	<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Médico (pediatra/de cabecera) <input type="checkbox"/> Especialista, especifique _____ <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Médico (pediatra/de cabecera) <input type="checkbox"/> Especialista, especifique _____ <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Médico (pediatra/de cabecera) <input type="checkbox"/> Especialista, especifique _____ <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Médico (pediatra/de cabecera) <input type="checkbox"/> Especialista, especifique _____ <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No sabe
¿Recibió [nombre] un diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sí, especifique _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí, especifique _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí, especifique _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí, especifique _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4
¿Le recomendó el médico algún medicamento o tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Qué medicamentos se administraron o recetaron?	<input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Esteroides <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Los medicamentos produjeron alguna mejoría?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿El médico decidió internar a [nombre] en el hospital en esta visita?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comentarios:				

32. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿tomó [nombre] algún medicamento o suplemento con o sin receta? Esto podría incluir antibióticos, medicamentos para el asma o las alergias, vitaminas, remedios herbales u homeopáticos, suplementos nutricionales o tratamientos tópicos como antitusivos tipo "Vapor Rub". (Si anotó algún medicamento arriba, repítalo aquí para confirmar que lo tomó en los 30 días anteriores a la debilidad en las extremidades).

Medicamento (nombre)	Tipo de medicamento	Modalidad de administración	Frecuencia
	<input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Medicamentos para el TDAH <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta para el dolor o para reducir la fiebre <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta para el resfriado o la tos <input type="checkbox"/> Remedios herbales u homeopáticos <input type="checkbox"/> Vitaminas o suplementos nutricionales <input type="checkbox"/> Tratamientos tópicos <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Receta única
Medicamento (nombre)	Tipo de medicamento	Modalidad de	Frecuencia

		administración	
	<input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Medicamentos para el TDAH <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta para el dolor o para reducir la fiebre <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta para el resfriado o la tos <input type="checkbox"/> Remedios herbales u homeopáticos <input type="checkbox"/> Vitaminas o suplementos nutricionales <input type="checkbox"/> Tratamientos tópicos <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro <hr/>	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Receta única
	<input type="checkbox"/> Esteroides/prednisona <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Medicamentos para el TDAH <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta para el dolor o para reducir la fiebre <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta sin receta para el resfriado o la tos <input type="checkbox"/> Remedios herbales u homeopáticos <input type="checkbox"/> Vitaminas o suplementos nutricionales <input type="checkbox"/> Tratamientos tópicos <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Otro <hr/>	<input type="checkbox"/> De forma regular <input type="checkbox"/> Según sea necesario <input type="checkbox"/> Receta única

33. En los 30 días anteriores a la debilidad en las extremidades, ¿siguió [nombre] alguna de las siguientes dietas especiales o restringidas? (Si la respuesta es “Sí” o “Tal vez”, seleccione todas las opciones que correspondan)

Kosher

Dieta baja en carbohidratos

Sin productos lácteos

Otra, describa: _____

Halal

Paleo (alto contenido proteico, baja en carbohidratos)

Sin gluten

Alimentos crudos

Vegetariana o vegana

Para perder peso/baja en grasa

34. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿consumió [nombre] productos lácteos crudos o no pasteurizados vacunos o de otra fuente animal? Estos pueden incluir leche cruda o quesos caseros, productos frescos de granja y quesos vendidos a domicilio.

En caso afirmativo, especifique:

Contactos

En esta sección nos gustaría saber con quién interactuó [nombre] en los 30 días anteriores a que presentara la debilidad en las extremidades.

35. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿[nombre] asistió a la guardería o a la escuela?

Sí No, no asistió a la guardería ni a la escuela No sabe

En caso afirmativo, especifique:

Guardería o preescolar (excluye niñera) Escuela (de kínder al 12° grado) Educación en el hogar

36. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿participó [nombre] de alguna de las siguientes actividades con otros niños?

Cuidado antes o después de la escuela Baile/deportes/música/clase de arte Scouts Día de campo

Campamento Iglesia/escuela religiosa Otra, describa: _____ No, no participó de ninguna actividad

37. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿la guardería o la escuela de [nombre] notificaron alguna de las siguientes enfermedades entre los estudiantes?

Infecciones respiratorias Enfermedad de manos, pies y boca Meningitis Mielitis flácida aguda No sabe No

38. En los 30 días anteriores a la aparición de la enfermedad, ¿participó [nombre] en alguna de las siguientes actividades acuáticas recreativas? (seleccione todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Parque acuático	<input type="checkbox"/> Piscina pública	<input type="checkbox"/> Piscina infantil de chorros
<input type="checkbox"/> Lago o río	<input type="checkbox"/> Piscina residencial privada	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Playa	<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> No

39. En los 30 días anteriores a la aparición de la enfermedad, ¿participó [nombre] en alguna de las siguientes actividades al aire libre? (seleccione todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Campamento	<input type="checkbox"/> Pesca	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Parque de atracciones	<input type="checkbox"/> Senderismo	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Jardinería/rastrillaje o remoción o excavación en la tierra	<input type="checkbox"/> Comer o recoger plantas silvestres (frutas, semillas, etcétera) u hongos	
<input type="checkbox"/> Recreación en el arenero	<input type="checkbox"/> Otra, describa: _____	
<input type="checkbox"/> Visita a una granja/zoológico de mascotas		

Antecedentes de viajes

40. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿viajó [nombre] por más de un día a otra ciudad en los EE. UU. o a otro país? (Las fotos y las redes sociales pueden ayudar a recordar fechas y los lugares)

Sí No No sabe

En caso afirmativo, describa

Ciudad, estado o Ciudad, país	¿Cuándo viajó? (DD/MM/AAAA)	¿Cuándo regresó? (DD/MM/AAAA)	¿Cómo viajó allí?	¿[Nombre] ha tenido contacto con alguien enfermo?
	____/____/_____ <input type="checkbox"/> No sabe	____/____/_____ <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Vehículo personal <input type="checkbox"/> Avión <input type="checkbox"/> Tren <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Otro, describa: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe En caso afirmativo, describa: _____
	____/____/_____ <input type="checkbox"/> No sabe	____/____/_____ <input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Vehículo personal <input type="checkbox"/> Avión <input type="checkbox"/> Tren <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Otro, describa: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe En caso afirmativo, describa: _____

Hogar

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el hogar donde vivió [nombre] los 30 días anteriores a la aparición de la debilidad en las extremidades.

41. Describa la configuración de esta casa:

Urbana Suburbana Rural Otra, describa _____

42. Describa el tipo de vivienda:

Apartamento Dúplex Casa adosada (townhouse) Casa unifamiliar Casa rodante Otra, describa _____

43. ¿Cuándo se construyó su casa o apartamento?

¿Antes de 1980? Después de 1980 No sabe

44. ¿Hubo algún trabajo de remodelación o renovación dentro o fuera de su casa durante los 12 meses anteriores a la debilidad en las extremidades? Esto puede incluir construcción nueva o remodelación de partes de la casa, pintura o eliminación o raspado de pintura, retiro o instalación de alfombras, etc.

Sí, describa _____ No No sabe

47. En los últimos 12 meses, ¿[nombre] ha vivido alguna vez al lado o muy cerca de alguna de las siguientes instalaciones? (marque todas las que correspondan)

51. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿vio una garrapata en [nombre]?

Sí No No sabe

En caso afirmativo, ¿a [nombre] lo(a) picó una garrapata? Sí No No sabe

Exposiciones específicas: Entorno

Si el niño vive en varios hogares, considérelos a todos en sus respuestas a las preguntas de esta sección.

52. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿estuvo [nombre] en contacto directo con alguna de las siguientes sustancias químicas (p. ej., ayudó a aplicarla, tocó artículos que tuvieran dicha sustancia química, esta fue aplicada en su habitación)?

45. En los últimos 12 meses, ¿[nombre] ha vivido alguna vez al lado o muy cerca de alguna de las siguientes instalaciones? (marque todas las que correspondan)

Planta industrial Negocio comercial Vertedero de residuos Propiedad no residencial Granja Obra en construcción

46. En los 12 meses anteriores a la enfermedad de [nombre], ¿alguien en el hogar tuvo un trabajo que involucre sustancias químicas industriales o pesticidas (por ejemplo, fundición de zinc, uso o fabricación de pesticidas, plásticos, polímeros u otras manufacturas)? (marque todas las que correspondan)

Planta industrial Negocio comercial Vertedero de residuos Propiedad no residencial Granja Obra en construcción

47. ¿Con qué frecuencia fuma alguien (cigarrillos, puros, tabaco para pipa o marihuana) dentro de su casa? ¿Diría con una frecuencia diaria, semanal, mensual, menos que mensual o nunca?

Diaria Semanal Mensual Menos que mensual Nunca No sabe

Exposiciones específicas: Vectores

48. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿alguna vez estuvo [nombre] en un ambiente donde usted u otros vieron mosquitos?

Sí No No sabe

En caso afirmativo, ¿a [nombre] lo(a) picó un mosquito? Sí No No sabe

49. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿vio una garrapata en [nombre]?

Sí No No sabe

En caso afirmativo, ¿a [nombre] lo(a) picó una garrapata? Sí No No sabe

Exposiciones específicas: Entorno

(Si el niño vive en varios hogares, considérelos a todos en sus respuestas a las preguntas de esta sección).

50. En los 30 días anteriores al inicio de la debilidad en las extremidades, ¿estuvo [nombre] en contacto directo con alguna de las siguientes sustancias químicas (p. ej., ayudó a aplicarla, tocó artículos que tuvieran dicha sustancia química, esta fue aplicada en su habitación)?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

Pesticidas de interior o veneno animal, describa el tipo de contacto con
[nombre]_____

Pesticidas de exterior o veneno animal, describa el tipo de contacto con
[nombre]_____

Fertilizante para exteriores Solventes (diluyente de pintura, líquido para encendedores, barnices)

Repelentes de insectos Tratamientos para la sarna

Otro,
especifique_____

Pesticidas de interior o veneno animal, describa_____

Pesticidas de exterior o veneno animal, describa_____

Fertilizante para exteriores

Solventes

Pesticidas de interior o veneno animal

Pesticidas de exterior o veneno animal

Fertilizante para exteriores

Solventes (diluyente de pintura, líquido para encendedores, barnices)

Otro, especifique_____

Solventes (diluyente de pintura, líquido para encendedores, barnices)

Otro, especifique_____

Repelentes de insectos

Tratamientos para la sarna

51. ¿Hubo alguna mascota en la casa de [nombre] en los 30 días anteriores a que se enfermara?

Perro(s) Gato(s) Ave(s) Pequeños mamíferos (hámster, conejillo de indias, conejos, etc.) Reptiles (serpientes, lagartijas) Ave(s) Otro

52. ¿De dónde obtiene agua potable [nombre]? Seleccione todas las fuentes de las que [nombre] haya tomado agua en los últimos 30 días antes de la aparición de la debilidad en las extremidades. Municipal (agua del grifo) Pozo privado Botella Arroyo/río/lago Otro

Si respondió Otro, describa: _____

53. ¿Trata el agua potable?

No la trata La hierve Agrega blanqueador/cloro Usa filtro de agua La desioniza Otro

Si la respuesta es afirmativa U otra, describa: _____

Algunas cosas más

54. Gracias por terminar el cuestionario... ¿Cómo está [nombre]?

55. Si desea compartirlo, ¿qué cree que le causó su enfermedad o la de [nombre]?

56. ¿Hay algo más que le gustaría compartir o algo adicional sobre usted o [nombre] que crea que deberíamos saber?

Eso completa la entrevista. Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas. Sus respuestas pueden ser útiles para evitar que otros se enfermen. Si tiene más preguntas sobre la MFA, consulte nuestro sitio web <https://www.cdc.gov/acute-flaccid-myelitis>