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.° de ID de los CDC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. N.° de ID estatal/local/otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. Fecha de la entrevista: | \_\_ \_\_ /\_ \_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ *(Si no sabe, escriba 99/99/9999)*  D D/M M/A A A A |
| 1. Información del entrevistador Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agencia u organización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. Entrevista realizada  Por teléfono  En persona | |
| 1. ¿Estado y condado de residencia? Estado \_\_\_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. Nombre del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. Sexo:  Masculino  Femenino  No sabe | |
| 1. 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 | |
| 1. 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, hágamelo saber y la omitiremos para seguir adelante.**

1. El encuestado es:  Paciente (>18 años)  Madre  Padre  Otro (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. La entrevista se realizó en  Inglés  Español  Otro (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del paciente**

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

1. **Fecha de nacimiento: \_\_ \_\_/\_ \_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ *(Si no sabe, escriba 99/9999)***

D D/M M/A A A A

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

Hispano o latino  No hispano o latino

1. **¿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

1. **¿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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

1. **¿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

1. *(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?** |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  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?** |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |
|  |  | Madre  Padre  Hermana  Hermano  Abuela  Abuelo  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Padrastros  Media consanguinidad  Consanguinidad directa |

# Antecedentes médicos

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

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

Término completo (37-40+ semanas)

Prematuro(a) (<36 semanas)

No sabe

1. **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿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** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Atopia** |  |  |  |  |
| **Asma** | Sí  No | Nombre del medicamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esteroides/prednisona  Medicamentos de venta sin receta para la alergia  Inhalador  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |
| **Eccema** | Sí  No | Nombre del medicamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esteroides/prednisona  Medicamentos de venta sin receta para la alergia  Inhalador  Otro \_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |

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

| **Afección** | **¿Tomó medicamentos para esto?** | **¿Qué tipo de medicamento?** | **¿Con qué frecuencia?** | **Comentarios** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Afecciones autoinmunitarias** | | | | |
| **Artritis reumatoide** | Sí  No | (Nombre del medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esteroides/prednisona  Antiinflamatorio no esteroideo  ( Medicamentos de venta sin receta Medicamentos recetados)  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Este medicamento se administra  Oralmente  Tópico  Inyección  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |
| **Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (p. ej., enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) Nota: SIN SÍNDROME DE COLON IRRITABLE** | Sí  No | (Nombre del medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esteroides/prednisona  Antiinflamatorio no esteroideo  ( Medicamentos de venta sin receta Medicamentos recetados)  Otro inmunosupresor, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Este medicamento se administra  Oralmente  Tópico  Inyección  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |
| **Diabetes tipo 1** | Sí  No | (Nombre del medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Este medicamento se administra  Oralmente  Inyección  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |
| **Psoriasis** | Sí  No | (Nombre del medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esteroides/prednisona  Antiinflamatorio no esteroideo  ( Medicamentos de venta sin receta Medicamentos recetados)  Otro inmunosupresor, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Este medicamento se administra  Oralmente  Se inhala  Tópico  Inyección  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |
| **Afección** | **¿Tomó medicamentos para esto?** | **¿Qué tipo de medicamento?** | **¿Con qué frecuencia?** | **Comentarios** |
| **Lupus** | Sí  No | (Nombre del medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esteroides/prednisona  Antiinflamatorio no esteroideo  ( Medicamentos de venta sin receta Medicamentos recetados)  Otro inmunosupresor, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Este medicamento se administra  Oralmente  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |
| **Tiroiditis (de Hashimoto, de Graves)** | Sí  No | (Nombre del medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |
| **Otra afección autoinmunitaria**  **Describa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Sí  No | (Nombre del medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esteroides/prednisona  Antiinflamatorio no esteroideo  ( Medicamentos de venta sin receta Medicamentos recetados)  Otro inmunosupresor, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Este medicamento se administra  Oralmente  Se inhala  Tópico  Inyección  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |
| **Afección congénita (p. ej., afecciones que su hijo tuvo al nacer, como paladar hendido y labio leporino, defectos cardiacos, espina bífida), describa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Sí  No | (Nombre del medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Este medicamento se administra  Oralmente  Se inhala  Tópico  Inyección  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |
| **Otra afección describa,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Sí  No | (Nombre del medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Este medicamento se administra  Oralmente  Se inhala  Tópico  Inyección  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |

| **Afección** | **¿Tomó medicamentos para esto?** | **¿Qué tipo de medicamento?** | **¿Con qué frecuencia?** | **Comentarios** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Hay algún otro medicamento que esté tomando de manera rutinaria?** | Sí  No | (Nombre del medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Este medicamento se administra  Oralmente  Se inhala  Tópico  Inyección  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario |  |
| **No se notifican afecciones médicas**  **No sabe** |  |  |  |  |

1. **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** |  | Enfermedad  Cirugía  Traumatismo  Otra, describa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **2** |  | Enfermedad  Cirugía  Traumatismo  Otra, describa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **3** |  | Enfermedad  Cirugía  Traumatismo  Otra, describa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

1. **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** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Asma** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Eccema** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Alergias**  **Alergia estacional** **Alimentos**  **Medicamento**  **Abejas**  **Otro\_\_\_\_\_\_\_\_** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Inmunodeficiencia/sistema inmunitario debilitado (p. ej., deficiencia de anticuerpos, afección que requiere un trasplante de células madre)** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Enfermedad de Lyme** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Afecciones autoinmunitarias** | | | | | | | |
| **Artritis reumatoide** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (p. ej., enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa)** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Diabetes tipo 1** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Psoriasis** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Lupus** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Tiroiditis (de Hashimoto, de Graves)** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Otra afección autoinmunitaria**  **Describa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Enfermedad neurológica** | | | | | | | |
| **Polio** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Mielitis transversa** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Síndrome de Guillain-Barré** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Enfermedad de Parkinson** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Epilepsia** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Demencias (p. ej., enfermedad de Alzheimer)** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Esclerosis múltiple** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Otra enfermedad neurológica, describa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Madre  Padre | Hermana  Hermano | Abuela  Abuelo | Tía  Tío | Abuela  Abuelo | Tía  Tío |  |
| **Sin afecciones médicas** | | | | | | | |
| **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.**

1. **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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.**

1. **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 \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

1. **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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** |
| Vacunación infantil de rutina  Vacuna contra la influenza (gripe)  Antibiótico  Esteroides  Otro medicamento  Inyección para alergias  Vitamina/suplemento  Otro |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | Dolor alrededor del sitio de la inyección  Fiebre  Otro | Parte superior del brazo  Derecho  Izquierdo  Muslo  Derecho  Izquierdo  Glúteos  Otro, describa\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vacunación infantil de rutina  Vacuna contra la influenza (gripe)  Antibiótico  Esteroides  Otro medicamento  Inyección para alergias  Vitamina/suplemento  Otro |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | Dolor alrededor del sitio de la inyección  Fiebre  Otro | Parte superior del brazo  Derecho  Izquierdo  Muslo  Derecho  Izquierdo  Glúteos  Otro, describa\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vacunación infantil de rutina  Vacuna contra la influenza (gripe)  Antibiótico  Esteroides  Otro medicamento  Inyección para alergias  Vitamina/suplemento  Otro |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | Dolor alrededor del sitio de la inyección  Fiebre  Otro | Parte superior del brazo  Derecho  Izquierdo  Muslo  Derecho  Izquierdo  Glúteos  Otro, describa\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vacunación infantil de rutina  Vacuna contra la influenza (gripe)  Antibiótico  Esteroides  Otro medicamento  Inyección para alergias  Vitamina/suplemento  Otro |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | Dolor alrededor del sitio de la inyección  Fiebre  Otro | Parte superior del brazo  Derecho  Izquierdo  Muslo  Derecho  Izquierdo  Glúteos  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.° 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?  Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? \_\_\_\_\_\_\_  Subjetivo (medida d/n) |  | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí  No |
| ¿Síntomas de resfriado?  Sí  No  Tos  Moqueo  Congestión  Dolor de garganta |  | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí  No |
| ¿Síntomas gastrointestinales?  Sí  No  Vómitos  Diarrea  Náuseas  Dolor de estómago |  | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí  No |
| ¿Sarpullido o llagas?  Sí  No  Sarpullido o llagas en las palmas de las manos  Sarpullido o llagas en las plantas de los pies  Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior  Llagas en la boca |  | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí  No |
| Otro Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí  No |

1. **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.° 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?  Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? \_\_\_\_\_\_\_  Subjetivo (medida d/n) |  | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí  No |
| ¿Síntomas de resfriado?  Sí  No  Tos  Moqueo  Congestión  Dolor de garganta |  | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí  No |
| ¿Síntomas gastrointestinales?  Sí  No  Vómitos  Diarrea  Náuseas  Dolor de estómago |  | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí  No |
| ¿Sarpullido o llagas?  Sí  No  Sarpullido o llagas en las palmas de las manos  Sarpullido o llagas en las plantas de los pies  Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior  Llagas en la boca |  | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí  No |
| Otro Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí  No |

1. **¿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.° 1 (relación y edad) | ¿Fiebre?  Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? \_\_\_\_\_\_\_  Subjetivo (medida d/n)  ¿Síntomas de resfriado?  Sí  No  Tos  Moqueo  ¿Congestión?  ¿Síntomas gastrointestinales?  Sí  No  Vómitos  Diarrea  Náuseas  Dolor de estómago  ¿Sarpullido o llagas?  Sí  No  Sarpullido o llagas en las palmas de las manos  Sarpullido o llagas en las plantas de los pies  Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior  Llagas en la boca  Otro. Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí, \_\_\_\_\_\_\_\_\_  No  No sabe | El paciente de MFA no tuvo ninguna enfermedad antes de la debilidad en las extremidades  Antes  Después  Al mismo tiempo  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.° 2 (relación y edad) | ¿Fiebre?  Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? \_\_\_\_\_\_\_  Subjetivo (medida d/n)  ¿Síntomas de resfriado?  Sí  No  Tos  Moqueo  ¿Congestión?  ¿Síntomas gastrointestinales?  Sí  No  Vómitos  Diarrea  Náuseas  Dolor de estómago  ¿Sarpullido o llagas?  Sí  No  Sarpullido o llagas en las palmas de las manos  Sarpullido o llagas en las plantas de los pies  Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior  Llagas en la boca  Otro. Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí, \_\_\_\_\_\_\_\_\_  No  No sabe | | El paciente de MFA no tuvo ninguna enfermedad antes de la debilidad en las extremidades  Antes  Después  Al mismo tiempo  No sabe |
| Miembro del hogar n.° 3 (relación y edad) | ¿Fiebre?  Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? \_\_\_\_\_\_\_  Subjetivo (medida d/n)  ¿Síntomas de resfriado?  Sí  No  Tos  Moqueo  ¿Congestión?  ¿Síntomas gastrointestinales?  Sí  No  Vómitos  Diarrea  Náuseas  Dolor de estómago  ¿Sarpullido o llagas?  Sí  No  Sarpullido o llagas en las palmas de las manos  Sarpullido o llagas en las plantas de los pies  Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior  Llagas en la boca  Otro. Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí, \_\_\_\_\_\_\_\_\_  No  No sabe | | El paciente de MFA no tuvo ninguna enfermedad antes de la debilidad en las extremidades  Antes  Después  Al mismo tiempo  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.° 4 (relación y edad) | ¿Fiebre?  Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? \_\_\_\_\_\_\_  Subjetivo (medida d/n)  ¿Síntomas de resfriado?  Sí  No  Tos  Moqueo  ¿Congestión?  ¿Síntomas gastrointestinales?  Sí  No  Vómitos  Diarrea  Náuseas  Dolor de estómago  ¿Sarpullido o llagas?  Sí  No  Sarpullido o llagas en las palmas de las manos  Sarpullido o llagas en las plantas de los pies  Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior  Llagas en la boca  Otro. Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí, \_\_\_\_\_\_\_\_\_  No  No sabe | El paciente de MFA no tuvo ninguna enfermedad antes de la debilidad en las extremidades  Antes  Después  Al mismo tiempo  No sabe | |
| Miembro del hogar n.° 5 (relación y edad) | ¿Fiebre?  Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuál fue la temperatura más alta? \_\_\_\_\_\_\_  Subjetivo (medida d/n)  ¿Síntomas de resfriado?  Sí  No  Tos  Moqueo  ¿Congestión?  ¿Síntomas gastrointestinales?  Sí  No  Vómitos  Diarrea  Náuseas  Dolor de estómago  ¿Sarpullido o llagas?  Sí  No  Sarpullido o llagas en las palmas de las manos  Sarpullido o llagas en las plantas de los pies  Sarpullido o llagas en el área del pañal o de la ropa interior  Llagas en la boca  Otro. Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_días  No sabe | Sí, \_\_\_\_\_\_\_\_\_  No  No sabe | El paciente de MFA no tuvo ninguna enfermedad antes de la debilidad en las extremidades  Antes  Después  Al mismo tiempo  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).**

1. **¿Cuántas veces fue [nombre] a ver a un médico antes de la hospitalización? Cantidad de veces \_\_\_\_\_\_\_**
2. **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]*?** | Consultorio médico  Atención de urgencia  Sala de emergencias  Otro, describa  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Consultorio médico  Atención de urgencia  Sala de emergencias  Otro, describa  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Consultorio médico  Atención de urgencia  Sala de emergencias  Otro, describa  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Consultorio médico  Atención de urgencia  Sala de emergencias  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]?** | Enfermera  Médico (pediatra/de cabecera)  Especialista, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No sabe | Enfermera  Médico (pediatra/de cabecera)  Especialista, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No sabe | Enfermera  Médico (pediatra/de cabecera)  Especialista, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No sabe | Enfermera  Médico (pediatra/de cabecera)  Especialista, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No sabe |
| **¿Recibió [nombre] un diagnóstico?** | Sí, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No  No sabe | Sí, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No  No sabe | Sí, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No  No sabe | Sí, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No  No sabe |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Visita 1** | **Visita 2** | **Visita 3** | **Visita 4** |
| **¿Le recomendó el médico algún medicamento o tratamiento?** | Sí  No  No sabe | Sí  No  No sabe | Sí  No  No sabe | Sí  No  No sabe |
| **¿Qué medicamentos se administraron o recetaron?** | Esteroides  Antibióticos  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Esteroides  Antibióticos  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Esteroides  Antibióticos  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Esteroides  Antibióticos  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿Los medicamentos produjeron alguna mejoría?** | Sí  No  No sabe | Sí  No  No sabe | Sí  No  No sabe | Sí  No  No sabe |
| **¿El médico decidió internar a [nombre] en el hospital en esta visita?** | Sí  No | Sí  No | Sí  No | Sí  No |
| **Comentarios:** |  |  |  |  |

1. **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** |
|  | Esteroides/prednisona  Antibiótico  Insulina  Medicamentos para el TDAH  Medicamentos de venta sin receta para el dolor o para reducir la fiebre  Medicamentos de venta sin receta para el resfriado o la tos  Remedios herbales u homeopáticos  Vitaminas o suplementos nutricionales  Tratamientos tópicos  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No sabe | Inhalador  Oral  Tópico  Inyección  Otro  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario  Receta única |
| **Medicamento (nombre)** | **Tipo de medicamento** | **Modalidad de administración** | **Frecuencia** |
|  | Esteroides/prednisona  Antibiótico  Insulina  Medicamentos para el TDAH  Medicamentos de venta sin receta para el dolor o para reducir la fiebre  Medicamentos de venta sin receta para el resfriado o la tos  Remedios herbales u homeopáticos  Vitaminas o suplementos nutricionales  Tratamientos tópicos  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No sabe | Inhalador  Oral  Tópico  Inyección  Otro  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario  Receta única |
|  | Esteroides/prednisona  Antibiótico  Insulina  Medicamentos para el TDAH  Medicamentos de venta sin receta para el dolor o para reducir la fiebre  Medicamentos de venta sin receta para el resfriado o la tos  Remedios herbales u homeopáticos  Vitaminas o suplementos nutricionales  Tratamientos tópicos  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No sabe | Inhalador  Oral  Tópico  Inyección  Otro  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | De forma regular  Según sea necesario  Receta única |

1. **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 | Halal | Alimentos crudos | | Dieta baja en carbohidratos | Paleo (alto contenido proteico, baja en carbohidratos) | Vegetariana o vegana | | Sin productos lácteos | Sin gluten | Para perder peso/baja en grasa | | Otra, describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

1. **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.**

1. **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 prescolar (excluye niñera)  Escuela (de kínder al 12° grado)  Educación en el hogar

1. **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

1. **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

1. **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):**

Parque acuático

Lago o río

Playa

Piscina pública

Piscina residencial privada

No sabe

Piscina infantil de chorros

Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No

1. **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):**

Campamento

Parque de atracciones

Jardinería/rastrillaje o remoción o excavación en la tierra

Recreación en el arenero

Visita a una granja/zoológico de mascotas

Pesca

Senderismo

Comer o recoger plantas silvestres (frutas, semillas, etcétera) u hongos

Otra, describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No sabe

No

# Antecedentes de viajes

1. **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?** |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  No sabe | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  No sabe | Vehículo personal  Avión  Tren  Autobús  Otro, describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Sí  No  No sabe  En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  No sabe | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  No sabe | Vehículo personal  Avión  Tren  Autobús  Otro, describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Sí  No  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.**

1. **Describa la configuración de esta casa:**

Urbana  Suburbana  Rural  Otra, describa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Describa el tipo de vivienda:**

Apartamento  Dúplex  Casa adosada (*townhouse*)  Casa unifamiliar  Casa rodante  Otra, describa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Cuándo se construyó su casa o apartamento?**

¿Antes de 1980?  Después de 1980  No sabe

1. **¿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

1. **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

1. **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

1. **¿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

1. **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

1. **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.\*\*\***

1. **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

1. **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

1. **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

1. **¿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

1. **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

1. **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).*

1. **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

1. **¿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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿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:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿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

1. **Gracias por terminar el cuestionario... ¿Cómo está [nombre]?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Si desea compartirlo, ¿qué cree que le causó su enfermedad o la de [nombre]?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **¿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**](https://www.cdc.gov/acute-flaccid-myelitis)

*MLS- 304035*