***CÓDIGO DE CONGLOMERADO EN PULSENET: [***

***CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS***

***] (INGRESAR CÓDIGO DE CONGLOMERADO)***

<*CÓDIGO DE CONGLOMERADO*>

**[*Complete la sección 1 antes de hacer la entrevista*].**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Sección 1: INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA*** | | |
| 1. Núm. de ID en PulseNet: | 1. Núm. de ID de la WGS:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. Información del encuestador Nombre:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agencia u organización:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 1. Estado que notifica:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 1. Condado que notifica:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Idioma en el que se hizo la entrevista:  Inglés Español Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 1. El encuestado era: El caso El padre o la madre El cónyuge Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**Hola. Mi nombre es** <nombre del entrevistador>**. Soy del** <nombre del departamento de salud del entrevistador>**. Lo estamos contactando porque usted (su hijo) estuvo enfermo recientemente con una infección por *Shigella*, también llamada shigelosis. *Shigella* son un grupo de bacterias que causan enfermedad diarreica. Estamos intentando determinar cómo se enfermó usted (su hijo) con una infección por *Shigella*. Esta entrevista también ayudará a prevenir que se enfermen otras personas.**

**Puede que el departamento de salud ya se haya comunicado con usted. Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre su enfermedad reciente (la enfermedad reciente de su hijo) y sobre cualquier exposición que usted (su hijo) haya tenido antes de enfermarse. Su ayuda en la investigación es muy importante. Su participación es voluntaria y puede negarse a contestar cualquiera de las preguntas en cualquier momento. Toda la información se mantendrá de manera confidencial en la medida en que lo permita la ley. En los informes no se usará ni su nombre ni ninguna otra información que lo identifique. Esta entrevista tomará entre 25 y 30 minutos aproximadamente. ¿Está dispuesto a participar?**

***Si la respuesta es “sí”:*** Gracias. [*Pase a la sección 2*].

***Si la respuesta es “no”:*** Gracias por su tiempo. ¿Desea recibir algún material adicional sobre la *Shigella*, o puedo contestarle alguna pregunta? Si en algún momento desea completar el cuestionario, por favor llame a <número de teléfono del departamento de salud>.

**Las primeras preguntas son sobre información demográfica básica para poder saber más sobre usted (su hijo).**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Sección 2: INFORMACIÓN SOBRE EL CASO*** | |
| 1. Estado (de residencia):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. Condado (de residencia):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Edad (del caso):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Años  Meses  Días | |
| 1. ¿Qué sexo se le asignó a usted (su hijo) al nacer?  Femenino  Masculino  Desconocido  Se negó a contestar | |
| ¿Cómo describe su grupo étnico y la raza (el grupo étnico y la raza de su hijo)? | |
| 1. Grupo étnico  Hispano o latino  No hispano o latino | |
| 1. Raza *(seleccione todas las opciones que correspondan)*  Indoamericana o nativa de Alaska  Asiática  Raza negra o afroamericana  Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico  Raza blanca  Se negó a contestar | |
| 1. **Si el caso tiene 14 años de edad o más**, ¿cuál es su ocupación actual (la ocupación actual de su hijo)?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**Ahora me gustaría saber un poco sobre su hogar.**

|  |
| --- |
| ***Sección 3: INFORMACIÓN DEL HOGAR*** |
| 1. ¿Cómo describiría, de la manera más aproximada, el tipo de vivienda en la que usted (su hijo) vive actualmente? Por ejemplo, casa, apartamento, casa rodante.   Casa/hogar unifamiliar  Apartamento  Hotel/motel  Establecimiento de cuidados a largo plazo   Hogar de ancianos/residencia de vida asistida  Casa rodante  Refugio  Centro de rehabilitación  Casa de paso intermedio  Desconocido  Otro tipo (especifique):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Durante los últimos 30 días, ¿usted (su hijo) compartió habitación o se quedó a pasar la noche con amigos, familiares o con alguien que no conocía muy bien porque no tenía un lugar habitual donde pasar la noche?  Sí  No   Prefiere no contestar  Desconocido |
| 1. Durante los últimos 30 días, ¿estuvo sin hogar en algún momento? Es decir, ¿estuvo viviendo en la calle, en un refugio, en un hotel de viviendas de una sola habitación o en un auto?  Sí  No  Prefiere no contestar  Desconocido |
| 1. ¿Cuál es la fuente del agua que abastece su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de su hijo)?   Municipal  Pozo  Desconocido  Otro lugar (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿A qué tipo de sistema se conecta el alcantarillado de su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de su hijo)?   Municipal  Pozo séptico  Desconocido  Otro tipo (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿Cuántas personas, incluido usted (su hijo), viven en su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de su hijo)? \_\_\_\_\_\_\_  Desconocido    1. ¿Alguna de estas personas usa pañales (niños o adultos)?  Sí  No  Desconocido    2. ¿Cuántas de las personas que viven en su hogar son menores de 5 años? \_\_\_\_\_\_\_  Desconocido |
| El año pasado, ¿cuáles fueron los ingresos de su hogar, de todas las fuentes y antes de impuestos? Es decir, la cantidad total de dinero que ganaron **y compartieron** todas las personas que viven en su hogar. <$20 000  $20 000-$39 999  $40 000-$59 999  $60 000-$79 999  $80 000-99 999  $>100 000  Prefiere no contestar  Desconocido |

**A continuación, tengo algunas preguntas sobre la enfermedad que usted (su hijo) tuvo recientemente. Quizás le sea útil tener un calendario delante suyo porque le haré preguntas acerca de las fechas en que comenzaron y desaparecieron sus síntomas (los síntomas de su hijo). ¿Necesita tiempo para buscarlo?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sección 4: INFORMACIÓN CLÍNICA*** | | | |
| 1. ¿En qué fecha se comenzó a sentir enfermo usted (su hijo)? \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_  Fecha aproximada  Desconocido   Mes / Día / Año | | | |
| 1. ¿En qué fecha dejó de sentirse enfermo usted (su hijo)? \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_  Fecha aproximada  Desconocido  Continúa   Mes / Día / Año   * 1. Si no está seguro de las fechas específicas para las preguntas 1 y 2, ¿aproximadamente cuántos días estuvo usted (su hijo) enfermo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** | 1. ¿Ha tenido usted (su hijo) alguno de los siguientes síntomas? |
|  |  |  | 1. Diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) |
|  | | | * 1. **Si la respuesta a la pregunta 3a es “sí”**, ¿aproximadamente cuántos días ha tenido usted (su hijo) diarrea? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Dolor o calambres abdominales |
|  |  |  | 1. Fiebre |
|  |  |  | 1. Náuseas |
|  |  |  | 1. Vómitos |
|  |  |  | 1. Heces con sangre o diarrea con sangre |
|  |  |  | 1. Convulsiones |
|  |  |  | 1. Dolor muscular o en las articulaciones |
|  |  |  | 1. Tenesmo (o sentir la necesidad de defecar [hacer caca] aun cuando no haya heces en los intestinos) |
|  |  |  | 1. Algún otro síntoma que no le haya mencionado especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**La siguiente serie de preguntas es sobre la atención médica y el tratamiento que usted (su hijo) haya recibido recientemente.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sección 5: INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO*** | | | |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** |  |
|  |  |  | 1. Como resultado de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿buscó atención médica? |
|  | | | 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”**, ¿dónde buscó atención médica? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Consultorio médico  Centro de atención de urgencia  Centro médico de una farmacia  Centro médico de ETS  Sala de emergencias  Hospital  Desconocido  Otro sitio (especifique):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”**, ¿pasó alguna noche hospitalizado? |
|  | | | * + 1. **Si la respuesta a la pregunta 1b es “sí”**, ¿cuántas noches estuvo hospitalizado?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”**, ¿estuvo internado en la unidad de cuidados intensivos? |
|  |  |  | 1. Además de la infección por *Shigella*, ¿le dijo el médico que tenía alguna otra infección? |
|  | | | * 1. **Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”**, ¿cuál era el nombre de esa o esas otras infecciones?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Le recetaron a usted (su hijo) algún antibiótico para esta enfermedad? De ser así, le haré más preguntas sobre los antibióticos; quizás sea útil buscar los frascos de las pastillas o los paquetes si los tiene. |
|  | | | 1. **Si la respuesta a la pregunta 3 es “sí”**, ¿cómo se llaman los antibióticos? ¿cuáles son las dosis y cuál la frecuencia?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Si la respuesta a la pregunta 3 es “sí”**, ¿en qué fecha comenzó a tomar los antibióticos?   \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_  Fecha aproximada  Desconocido  Mes / Día / Año |
| 1. **Si la respuesta a la pregunta 3 es “sí”**, ¿en qué fecha dejó de tomar los antibióticos?   \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_  Fecha aproximada  Desconocido  Sigue tomando los antibióticos  Mes / Día / Año |
|  |  |  | 1. **Si la respuesta a la pregunta 3 es “sí”**, en las 24 horas después de tomar los antibióticos, ¿sus síntomas...?   Mejoraron  No cambiaron  Empeoraron  Otra respuesta (especifique):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Ahora quisiera preguntarle acerca de las actividades recientes que hizo usted (su hijo), como viajar, ir a eventos, y sobre el contacto que tuvo con otras personas.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sección 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN*** | | | |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** |  |
|  |  |  | 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿estuvo algún tiempo fuera del estado en el que vive? |
|  | | | 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”**, dígame el nombre de todos los estados, dentro de los EE. UU., a los que viajó. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Provea las fechas de viaje dentro de los EE. UU.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Turismo  Trabajo  Visitar a amigos o parientes  Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿Dónde se quedó cuando estuvo de viaje dentro de los EE. UU.? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Hotel, hostería, casa de huéspedes, complejo turístico  Casa particular  Hospital  Crucero  Otro lugar (p. ej., escuela, dormitorio universitario, carpa) (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿Qué actividades hizo cuando estuvo de viaje dentro de los EE. UU.? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Comprar o comer alimentos  Actividades en el agua  Ir a un encuentro de personas  Tomar agua no tratada  Otra actividad (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”**, dígame el nombre de todos los países a los que viajó fuera de los EE. UU.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Provea las fechas de los viajes internacionales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Turismo  Trabajo  Visitar a amigos o parientes  Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿Dónde se quedó durante los viajes internacionales? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Hotel, hostería, casa de huéspedes, complejo turístico  Casa particular  Hospital  Crucero  Otro lugar (p. ej., escuela, dormitorio universitario, carpa) (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿Qué actividades hizo durante los viajes internacionales? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Comprar o comer alimentos  Actividades en el agua  Ir a un encuentro de personas  Tomar agua no tratada  Otra actividad (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Durante el último mes, ¿ha tenido usted (su hijo) contacto con alguna persona que haya viajado fuera de los Estados Unidos? |
|  | | | 1. **Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”**, ¿a dónde viajaron estas personas? (especifique):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. **Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”**, ¿estuvieron enfermos con síntomas similares a los suyos (los síntomas de su hijo)? |
|  |  |  | 1. **Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”**, ¿comió o bebió usted (su hijo) algún alimento o alguna bebida que ellos trajeron del viaje? |
|  | | | * + 1. **Si la respuesta a la pregunta 2c es “sí”**, ¿qué comió o bebió? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | | 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿asistió usted (su hijo) a alguno de los siguientes sitios o fue a alguno para visitar, trabajar o ayudar como voluntario? |
|  |  |  | 1. Un encuentro religioso (p. ej., en una iglesia, mezquita o sinagoga) (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Campamento (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Conferencia u otro encuentro con muchas personas (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Festival, feria, obra de teatro o concierto (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Fiesta, pícnic o asado (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Práctica deportiva, partido deportivo o clase de gimnasia (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Otro encuentro de personas que no le haya mencionado (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** | 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), usted (su hijo): |
|  |  |  | 1. ¿Tomó agua de una fuente no tratada, como un lago, una laguna o un río? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Comió algún alimento preparado por un amigo, vecino o compañero de trabajo en la casa de esa persona? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Comió algún alimento preparado por un servicio de comidas? (p. ej., comida que se sirvió en una boda o en una conferencia) (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Comió en un restaurante? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Se metió en agua tratada, como en una piscina? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Se metió en agua no tratada, como en un lago, un río o el mar? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Jugó en alguna fuente de agua interactiva, mesa infantil de agua, piscina para niños o bebés? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | | 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿fue usted (su hijo) a visitar, trabajar o ayudar como voluntario en alguno de los siguientes? |
|  |  |  | 1. Un lugar donde se sirven alimentos, como un restaurante o una cafetería (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Un refugio para personas sin hogar (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Un establecimiento de atención médica (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Un hogar de ancianos, un centro de cuidados a largo plazo o una residencia de vida asistida (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿tuvo usted (su hijo) contacto con alguien que tuviera diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) o síntomas similares a los suyos (de su hijo)? |
|  |  |  | * 1. **Si la respuesta a la pregunta 6 es “sí”**, ¿se le diagnosticó a esta persona una infección por *Shigella*? |
|  |  |  | * 1. **Si la respuesta a la pregunta 6 es “sí”**, ¿era esta persona alguien de su hogar (el hogar de su hijo)?   (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. **Si la respuesta a la pregunta 6 es “sí”**, ¿usa pañales esta persona? |
|  |  |  | * + 1. **Si la respuesta a la pregunta 6e es “sí”**, ¿le cambió usted (su hijo) los pañales a esta persona? |
|  |  |  | 1. Mientras usted (su hijo) estaba enfermo con la infección por *Shigella*, ¿hizo usted (su hijo) alguna de las siguientes cosas? |
|  |  |  | * 1. Preparar o manipular alimentos para otras personas (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. Ir a nadar o jugar en una piscina, piscina infantil, fuente de agua interactiva o mesa infantil de agua (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un establecimiento de atención médica   (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un hogar de ancianos, establecimiento de cuidados a largo plazo o residencia de vida asistida (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. Asistir a una escuela o establecimiento de cuidado de niños, o ir a este lugar para visitar, trabajar o ayudar como voluntario (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. Asistir a un encuentro de personas o ir de visita, a trabajar o ayudar como voluntario. Por ejemplo, un pícnic, una fiesta, un concierto, una conferencia o un encuentro religioso   (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Ya casi terminamos. Tengo algunas preguntas sobre su asistencia reciente (la asistencia reciente de su hijo) a una escuela o establecimiento de cuidado de niños.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sección 7: INFORMACIÓN DE LA ESCUELA O ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO DE NIÑOS*** | | | |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** |  |
|  |  |  | 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿asistió usted (su hijo) a un establecimiento de cuidado de niños, guardería o prescolar, o fue a alguno para visitar, trabajar o ayudar como voluntario? |
|  | | | 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”**, ¿cómo se llama el establecimiento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”**, en este establecimiento, ¿había otros niños o adultos enfermos con diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) o síntomas similares a los suyos (de su hijo) antes de que se enfermara? |
|  |  |  | 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”**, ¿usó usted (su hijo) el bus escolar u otro transporte escolar para ir y volver del centro de cuidado de niños, guardería o prescolar? |
|  |  |  | 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”**, ¿se lo excluyó a usted (su hijo) de este establecimiento mientras estaba enfermo? |
|  | | | * + 1. **Si la respuesta a la pregunta 1d es “sí”**, ¿cuántos días se lo excluyó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + 1. **Si la respuesta a la pregunta 1d es “sí” y el caso tiene 18 años o menos**, durante el tiempo que se lo excluyó de la guardería, ¿en dónde le brindaron cuidados alternativos o quién lo cuidó? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Niñera  En la casa  Otro centro de cuidado de niños  Desconocido  Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿asistió usted (su hijo) a una escuela (como escuela primaria, secundaria, centro de cuidado después de la escuela u otro tipo de establecimiento escolar) o fue a una escuela para visitar, trabajar o ayudar como voluntario? |
|  | | | * + - * 1. **Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”**, ¿cuál es el nombre de la escuela? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * + - * 1. **Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”**, ¿había en esta escuela otros niños o adultos enfermos con diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) o síntomas similares a los suyos (de su hijo) antes de que se enfermara? |
|  |  |  | * + - * 1. **Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”**, ¿usó usted (su hijo) el bus escolar u otro transporte escolar para ir y volver de la escuela? |
|  |  |  | * + - * 1. **Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”**, ¿se lo excluyó a usted (su hijo) de la escuela mientras estaba enfermo? |
|  | | | * + 1. **Si la respuesta a la pregunta 2d es “sí”**, ¿cuántos días se lo excluyó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Si la respuesta a la pregunta 2d es “sí”** **y el caso tiene 18 años o menos**, durante el tiempo que se excluyó a su hijo de la escuela, ¿dónde se le brindaron cuidados alternativos o quién lo cuidó? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Niñera  En el hogar  Se cuidó a sí mismo  Desconocido  Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**[Continúe si el participante tiene 18 años de edad o más. De lo contrario, salte esta sección y termine la entrevista].**

**Por último, me gustaría preguntarle sobre su actividad sexual reciente porque la *Shigella* puede transmitirse a través del contacto sexual. La *Shigella* es muy contagiosa; basta solo una pequeña cantidad de estos microbios para enfermar a una persona. Las personas pueden contraer la shigelosis cuando se ponen en la boca o tragan algo que haya entrado en contacto con las heces de alguien que tenga la enfermedad. Esto puede suceder durante las relaciones sexuales.**

**Como le mencioné antes, sus respuestas son voluntarias y puede negarse a contestar cualquiera de las preguntas en cualquier momento. Les hacemos estas preguntas a todos los adultos que recibieron el diagnóstico de infección por *Shigella*. Sus respuestas se mantendrán de manera confidencial y podrían ayudarnos a identificar la forma en que contrajo la infección por *Shigella* que lo enfermó. Esto también nos ayudará a prevenir que otras personas se enfermen.**

**¿Desea continuar con esta sección?**

***Si la respuesta es “sí”:*** Gracias. [Comience con la sección 8].

***Si la respuesta es “no”:* Está bien. Apreciamos la información que nos ha dado.**

Se negó a contestar/Prefiere no completar [Salte a la sección 9 para terminar la entrevista].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sección 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE* [preguntar solo si tiene 18 años o más]** | | | |
| 1. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que usted se considera?   Lesbiana o gay  Heterosexual, o sea, ni lesbiana ni gay  Bisexual  Otra respuesta (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desconocido/No sabe  Se negó a contestar/Prefiere no contestar | | | |
| 1. Actualmente, ¿se describe usted como hombre, mujer o persona transgénero?   Hombre  Mujer  Persona transgénero  Ninguna de estas opciones  Se negó a contestar/Prefiere no contestar | | | |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** |  |
|  |  |  | 1. ¿Es sexualmente activo en la actualidad? **(Si la respuesta es “no”, salte a la pregunta 4).** |
|  |  |  | * 1. **Si la respuesta a la pregunta 3 es “sí”**, desde que comenzó su enfermedad, ¿ha tenido contacto sexual con otra persona? El contacto sexual incluye las relaciones sexuales genitales, anales, orales o cualquier otro tipo de contacto sexual. |
|  |  |  | 1. **Si la respuesta a la pregunta 3 es “sí”**, durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿tuvo contacto sexual con otra persona? El contacto sexual incluye las relaciones sexuales genitales, anales, orales o cualquier otro tipo de contacto sexual. |
|  | | | * + 1. **Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”**, ¿de qué género eran sus parejas sexuales? (*seleccione todas las opciones que correspondan*)   Femenino  Masculino  Mujer transgénero  Hombre transgénero  Otro  Desconocido  Prefiere no contestar |
|  |  |  | * + 1. **Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”**, durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿tuvo alguna de sus parejas sexuales diarrea o síntomas similares a los suyos? |
|  | | | **Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”, lea la indicación.** Para las siguientes preguntas voy a ser más explícito sobre el tipo de relación sexual que tuvo la semana anterior a que comenzara su enfermedad. Esto me ayudará a entender mejor cómo se pudo haber enfermado. |
|  |  |  | * + 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿qué tipo de contacto sexual tuvo? |
|  |  |  | * + - 1. Relaciones sexuales genitales (por ejemplo, el pene dentro de la vagina) |
|  |  |  | * + - 1. Relaciones sexuales anales (por ejemplo, el pene dentro del ano) |
|  |  |  | * + - 1. Relaciones sexuales orales (por ejemplo, la boca en el pene o la vagina) |
|  |  |  | * + - 1. Anilingus o *“rimming”* (o sea, la boca en el ano) |
|  |  |  | * + - 1. Otro tipo de contacto sexual (por ejemplo, le tocó el ano a su pareja con las manos, su pareja le tocó el ano con las manos o compartieron juguetes sexuales) |
|  |  |  | * + 1. **Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”**, durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿consumió drogas o alcohol durante o inmediatamente antes de tener relaciones sexuales? Algunos ejemplos incluyen alcohol, Viagra, metanfetamina (*meth*), GHB (éxtasis líquido), cocaína o inhalantes (*poppers*) (especifique):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | | * + 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿cuántas parejas sexuales tuvo? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * + - 1. **Si la respuesta a la pregunta 3bv es “sí”**, ¿fue alguna de estas una pareja nueva? |
|  | | | * + - * 1. **Si la respuesta a la pregunta 3bv1 es “sí”**, durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿conoció a su(s) pareja(s) sexual(es) nueva(s) en alguno de los siguientes lugares? |
|  |  |  | Bar, restaurante o club (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Casa de baños (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Tienda de libros (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Gimnasio (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Parque (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Medios sociales (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Sitios de citas o encuentros (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Fiesta, conferencia u otro tipo de evento (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Club o fiesta sexual (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Otro lugar que no le haya mencionado (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** |  |
|  |  |  | 1. Durante los últimos 12 meses, ¿le dijo algún médico que tenía una infección de transmisión sexual? |
|  | | | 1. **Si la respuesta a la pregunta 4 es “sí”**, ¿qué infección? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Clamidia  Gonorrea  Sífilis  Verrugas genitales  Herpes  Otra (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sección 9: CIERRE*** | | | |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** |  |
|  |  |  | 1. Aquí termina el cuestionario. Muchas gracias por su tiempo. Según lo que aprendamos después de revisar estas entrevistas, es posible que necesitemos ponernos en contacto con usted nuevamente. ¿Podemos volver a comunicarnos con usted? |
|  | | | * 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”**, gracias por su disposición a volver a hablar con nosotros. ¿Hay alguna otra cosa que quisiera que sepamos acerca de su enfermedad y sus actividades recientes que le haya preguntado?   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   * 1. **Si la respuesta a la pregunta 1 es “no”**, está bien. Apreciamos el tiempo que ya nos ha dado. ¿Hay alguna otra cosa que quisiera que sepamos acerca de su enfermedad y sus actividades recientes que le haya preguntado?   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |  | 1. ¿Desea recibir algún material adicional sobre la *Shigella*, o puedo contestarle alguna pregunta? |

**Gracias por su tiempo. Que tenga un buen día.**

***[Termine la entrevista].***

*MLS-314926*