**Cuestionario de exposición a la influenza aviar altamente patógena A(H5N1)**

# Sección 0: Información de contacto ( *Oculte o conserve la información en esta sección. No enviar a los CDC* )

01. ¿Cuál es su nombre? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

02 ¿Cuál es su condado y estado de residencia actual, así como el mejor número para comunicarse con usted?

 Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Número de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Sección A: Información sociodemográfica y de exposición agrícola ***Voy a comenzar con preguntas sobre su información sociodemográfica.***  |

A1. ¿Con que género te identificas?

 [ ] Masculino

 [ ] Femenino

[ ] Otro

A2. ¿Cuántos años tienes?

 \_\_\_ \_\_\_ años

A3. ¿En qué tipo de granja avícola trabaja/vive (incluida una granja atendida para sacrificar aves)? *(Escoja todos los que aplican)*

[ ] Finca Comercial

 [ ] Granja de patio trasero

 [ ] No vivo ni trabajo en una granja. **(Ir a la Sección C)**

A4. ¿Es usted empleado de la granja?

 [ ] Sí, la finca es mi lugar de trabajo.

 [ ] No, la finca es una finca familiar o de traspatio.

A5. ¿Vivía usted en las instalaciones de la granja avícola durante el brote?

 [ ] Sí

[ ] No **(Ir a la Sección B)**

 A5a. ¿A qué distancia estaba su casa de las aves?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pies (aproximación)

|  |
| --- |
| **Sección B: Información sobre el contacto con aves de corral infectadas durante el brote** ***Ahora le haré preguntas sobre su exposición en la granja “durante” el brote que definimos como una semana antes del comienzo de las muertes de las aves hasta el final del sacrificio.***  |

B1. ¿Cuándo empezaste a trabajar en esta finca?

 Mes \_\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_\_

B2. Durante este tiempo ( una semana antes del comienzo de las muertes de las aves de corral hasta el final del sacrificio) ¿Con qué frecuencia trabajó en la granja avícola, en promedio?

 \_\_\_\_ (horas al día) \_\_\_\_ (días por semana)

B3. ¿Cuál fue su función laboral en la granja avícola durante este tiempo? *(Marque solo una respuesta)*

 [ ] Cuidé de los pájaros vivos

 [ ] Cuidé de las aves vivas y sacrifiqué el rebaño

 [ ] Cuidé de las aves vivas y estuve presente en el sacrificio, pero yo mismo no sacrifiqué las aves.

 [ ] Sacrifiqué el rebaño **(Ir a B14)**

 [ ] Estuve presente en el sacrificio pero no sacrifiqué las aves yo mismo **(Ir a B14)**

B4. ¿Cuándo notaste pájaros enfermos o moribundos?

 Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B5. Durante este tiempo, ¿con qué especies de aves trabajó en la granja avícola? *(Escoja todos los que aplican)*

[ ] Pollos [ ] Patos [ ] Gansos [ ] Pavos [ ] Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B6. Durante este tiempo, ¿cuál de los siguientes trabajos realizó en torno a las aves de corral? ( *Marque 'Sí' o 'No' para cada uno. Si contesta 'Sí', anote la frecuencia)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí**  | **Frecuencia/día**  | **No**  |
| A.  | Alimentar aves de corral  |  |  |  |
| B.  | Recoger huevos  |  |  |  |
| C.  | Limpiar la bandeja de alimentación de las aves  |  |  |  |
| D.  | Limpiar la bandeja de agua de las aves  |  |  |  |
| E.  | Limpiar el establo/las heces de las aves  |  |  |  |
| F.  | Sacrificar las aves de corral  |  |  |  |
| G.  | Desplumar las aves de corral |  |  |  |
| H.  | Destripar las aves de corral |  |  |  |
| I.  | Llevar las aves al mercado  |  |  |  |
| j.  | Llevar los huevos al mercado |  |  |  |
| k.  | Vacunar las aves de corral  |  |  |  |

B7. Durante este tiempo, ¿manejó usted algún pájaro enfermo?

 [ ] Sí

 [ ] No

B8. Durante este tiempo, ¿tocó alguna ave muerta que **murió en la granja** ?

 [ ] Sí

[ ] No **(Ir a B9)**

B8a. En caso afirmativo, ¿qué hizo con las aves muertas? ( *Marque 'Sí' o 'No' para cada una de las acciones*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí**  | **No**  |
| A.  | Destripar  |  |  |
| B.  | Enterrar  |  |  |
| C.  | Quemar  |  |  |
| D.  | Tirar en la pila de basura/estanques/desagües  |  |  |
| E.  | Comer |  |  |
| F.  | Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |

B9. Durante este tiempo, ¿tomó alguna medida de protección mientras trabajaba en la finca?

 [ ] Sí

[ ] No **(Ir a B10)**

B9a. En caso afirmativo, ¿que medida (s) tomó y con qué frecuencia se tomaron? ( *Marque 'Sí' o 'No' para cada uno, si contesta 'Sí', describa con qué frecuencia* )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí**  | **No**  | **¿Con qué frecuencia?**  |
| A.  | Usé guantes  |  |  |  |
| B.  | Usé protección para los ojos/gafas  |  |  |  |
| C.  | Usé mascarilla médica  |  |  |  |
| D.  | Usé N95/respirador  |  |  |  |
| E.  | Usé bata  |  |  |  |
| F.  | Me lavé las manos después de trabajar con aves de corral.  |  |  |  |
| G.  | Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |  |

B10. ¿Comió o bebió mientras trabajaba con aves de corral? [ ] Siempre [ ] Con frecuencia [ ] Raramente [ ] Nunca

B11. ¿Fumaba mientras trabajaba con aves de corral? [ ] Siempre [ ] Con frecuencia [ ] Raramente [ ] Nunca

B12. ¿Cargó aves de corral o las sostuvo en su regazo? [ ] Siempre [ ] Con frecuencia [ ] Raramente [ ] Nunca

B13. ¿Se cambió de ropa al regresar a casa después de trabajar con aves de corral?

 [ ] Siempre [ ] Con frecuencia [ ] Raramente [ ] Nunca

B14. ¿Participó en el sacrificio de aves de corral?

 [ ] Sí

 [ ] Estuve presente en el sacrificio pero no sacrifiqué aves

[ ] No **(Ir a B17)**

B14a. ¿Cuál fue su(s) rol(es) en el sacrificio? ( *Marque 'Sí' o 'No' para cada una de las acciones*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí**  | **No**  |
| A.  | Toqué aves de corral enfermas  |  |  |
| B.  | Toqué aves de corral aparentemente sanas  |  |  |
| C.  | Disloqué la cervical de las aves de corral  |  |  |
| D.  | Puse las aves sacrificadas en bolsas |  |  |
| E.  | Enterré las aves de corral  |  |  |
| F.  | Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |

B15. ¿Qué especies de aves sacrificó? ( *Escoja todos los que aplican*)

 [ ] Pollos [ ] Patos [ ] Gansos [ ] Pavos [ ] Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B16. ¿Tomó alguna medida de protección durante su participación en el sacrificio?

 [ ] Sí

 [ ] No **(Ir a B17)**

B16a. En caso afirmativo, ¿qué medida(s) tomó? ( *Marque 'Sí' o 'No' cada uno* )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí**  | **No**  |
| A.  | Usé guantes  |  |  |
| B.  | Usé protección para los ojos/gafas  |  |  |
| C.  | Usé mascarilla médica  |  |  |
| D.  | Usé N95/respirador  |  |  |
| E.  | Usé bata  |  |  |
| F.  | Me lavé las manos después de trabajar con aves de corral.  |  |  |
| G.  | Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |

B17. ¿Tomó algún medicamento antiviral (oseltamivir, baloxavir, peramivir y zanamivir) para prevenir infecciones durante o después del brote?

 [ ] Sí

[ ] No **(Ir a la Sección C)**

B17a. En caso afirmativo, ¿cuántas veces tomó el medicamento al día y durante cuántos días?

 \_\_\_\_ veces al día por \_\_\_\_\_\_dias

|  |
| --- |
| **Sección C: Otras exposiciones** ***Ahora voy a hacerle preguntas sobre otras exposiciones “durante” el brote, que definimos como una semana antes del comienzo de la muerte de las aves de corral hasta el final del sacrificio.***  |

C1. Durante este tiempo, ¿se encontró con aves de corral de traspatio en la comunidad o en su casa (aparte de las aves de corral de la sección B)?

 [ ] Sí

[ ] No

C2. Durante este tiempo, ¿encontró aves de corral enfermas o muertas en su casa?

 [ ] Sí

[ ] No

C3. Durante este tiempo, ¿visitó algún mercado de animales vivos?

 [ ] Sí

[ ] No **(Ir a C4)**

 C3a. En caso afirmativo, ¿cuántas veces fue y cuáles son los nombres del mercado?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ veces Nombres de mercado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C4. Durante este tiempo, ¿tuvo contacto cercano con algún otro animal?

 [ ] Sí

 [ ] No **(Ir a C5)**

 C4a. En caso afirmativo, ¿qué animal(es)? (*Escoja todos los que aplican*)

[ ] Cerdos [ ] Cabras [ ] Oveja [ ] Pájaros salvajes [ ] Vacas [ ] Caballos [ ] Otro\_\_\_\_\_\_\_\_

Describa el contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C5. Durante este tiempo, ¿tuvo contacto cercano (menos de 6 pies) con alguien que conozca que dio positivo por influenza?

 [ ] Sí

 [ ] No **(Ir a Q C6)**

C5a. En caso afirmativo, ¿donde?: (*Escoja todos los que aplican*)

[ ] Mercado [ ] Colegio [ ] Iglesia [ ] Calle [ ] Casa [ ] Otro hogar [ ] Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C6. Durante este tiempo, ¿viajó fuera de los EE. UU.?

[ ] Sí

 [ ] No **(Ir a la Sección D)**

 C6a. En caso afirmativo, a dónde viajó ( *ciudad y país* ) y en que fechas?

 Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fechas de viaje (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Sección D: Información sobre enfermedades febriles o respiratorias durante el brote** ***Ahora le voy a hacer preguntas sobre cualquier enfermedad respiratoria que haya tenido una semana antes del comienzo de la muerte de las aves de corral hasta 10 días después del sacrificio.***  |

D1. ¿Se le hizo la prueba de influenza durante el tiempo desde una semana antes del comienzo de la muerte de las aves de corral hasta 10 días después del sacrificio?

 [ ] Sí

 [ ] No **(Ir a D2)**

D1a. En caso afirmativo, ¿en qué fecha se hizo la prueba?

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D1b. En caso afirmativo a D1, ¿qué tipo de prueba se realizó? (*Escoja todos los que aplican*)

 [ ] Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR)

 [ ] Prueba rápida de antígeno

[ ] Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D1c. En caso afirmativo a D1, ¿cuál fue el resultado de su prueba? ( *Escoja solo una respuesta* )

[ ] Positivo para influenza A(H5N1)

[ ] Positivo para influenza A no subtipificable

[ ] Positivo para influenza A pero subtipo no H5N1

[ ] Negativo

D2. ¿Recibió la vacuna contra la influenza de esta temporada (desde agosto de 2021 hasta hoy)?

 [ ] Sí

 [ ] No

D2a. Si respondió sí a D2, ¿en qué fecha recibió la vacuna?

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D2b: Si la respuesta a D2 es sí, ¿qué tipo de vacuna recibió? ( *Escoja solo una respuesta* )

[ ] Inactivado (inyectable)

 [ ] Vivo atenuado (spray)

[ ] Desconocido

D3. ¿Desarrolló algún síntoma durante el tiempo desde una semana antes del comienzo de la muerte de las aves de corral hasta 10 días después del sacrificio?

[ ] Sí

[ ] No **(Ir a la Sección E)**

D3a. En caso afirmativo, ¿qué síntomas desarrolló? *(marque 'Sí' o 'No' para cada uno)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí**  | **No**  | **Fecha de comienzo** (mm/dd/aaaa)  | **Fecha de Resolución** (mm/dd/aaaa)  |
| A.  | Fiebre (Medida ≥ 100.4 0F)  |  |  |  |  |
| B.  | Fiebre/escalofríos  |  |  |  |  |
| C.  | Tos  |  |  |  |  |
| D.  | Fatiga  |  |  |  |  |
| E.  | Dolor de garganta  |  |  |  |  |
| F.  | Nariz mocosa o congestionada  |  |  |  |  |
| G.  | Estornudos  |  |  |  |  |
| H.  | Náuseas/vómitos  |  |  |  |  |
| I.  | Diarrea  |  |  |  |  |
| J.  | Dolor de cabeza  |  |  |  |  |
| K.  | Erupción  |  |  |  |  |
| L.  | Dolores musculares/cuerpo  |  |  |  |  |
| M.  | Ojos rojos/drenantes  |  |  |  |  |
| N.  | Dificultad para respirar |  |  |  |  |
| O.  | Convulsiones  |  |  |  |  |
| P.  | Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |  |  |

D4. ¿Fuiste a alguna farmacia/proveedor médico por los síntomas que tenías?

 [ ] Sí

 [ ] No **(Ir a D5)**

 D4a. En caso afirmativo, ¿le recetaron algún tratamiento antiviral?

[ ] Sí Fecha de inicio del tratamiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] No

D5. En los 3 días antes del inicio de los síntomas, ¿había estado cerca (menos de 6 pies) de alguien que conoce con síntomas similares?

 [ ] Sí

 [ ] No **(Ir a la Sección E)**

D5a. Si la respuesta es sí, ¿donde? (*Escoja todos los que aplican*):

[ ] Mercado [ ] Colegio [ ] Iglesia [ ] Calle [ ] Casa [ ] Otro hogar [ ] Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Sección E: Información sobre el uso de tabaco y las enfermedades crónicas** ***Ahora le haré preguntas sobre cualquier problema de salud que pueda tener y que pueda ponerlo en mayor riesgo de contraer la influenza.***  |

E1. ¿Usted fuma?

 [ ] Sí

[ ] No **(Ir a E2)**

 E1a. Si la respuesta a la pregunta E1 es sí, ¿cuánto tiempo lleva fumando?

 \_\_ \_\_ años

 E1b. Si la respuesta a la pregunta E1 es sí, ¿cuántos cigarrillos fumó ayer?

 \_\_\_ \_\_\_ cigarrillos

E2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene una enfermedad pulmonar?

 [ ] Sí

[ ] No **(Ir a E3)**

E2a. En caso afirmativo, ¿qué enfermedad(es) tiene? *(Marque 'No' o 'Sí' para cada uno. Si la respuesta es 'Sí', escriba por cuanto tiempo a padecido de esta enfermedad)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí**  | **Duración de la enfermedad** (años)  | **No**  |
| A.  | Asma  |  |  |  |
| B.  | Enfisema  |  |  |  |
| C.  | Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)  |  |  |  |
| D.  | Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |  |

E3. ¿Tiene otras enfermedades crónicas?

 [ ] Sí

[ ] No **(Ir a E4)**

E3a. Si la respuesta es sí que enfermedad (es) ¿tienes? *[Sondear: cualquier otro] (Marque 'Sí' o 'No' para cada una de las enfermedades. Si la respuesta es 'Sí', escriba por cuanto tiempo a padecido de esta enfermedad)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sí**  | **Duración de la enfermedad** (años)  | **No**  |
| A.  | Enfermedad del higado  |  |  |  |
| B.  | Enfermedad del riñon  |  |  |  |
| C.  | Enfermedad gastrointestinal  |  |  |  |
| D.  | Cardiopatía  |  |  |  |
| E.  | Diabetes  |  |  |  |
| F.  | Alergias  |  |  |  |
| G.  | Otro (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |  |

## E4. ¿Estás embarazada actualmente? ( *Solo para mujeres encuestadas*)

 [ ] Sí

[ ] No **(Fin de la encuesta)**

E4a. En caso afirmativo, ¿cuantas semanas lleva embarazada?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semanas

E5. Notas adicionales:

## *Gracias por su cooperación y participación en la encuesta.*