|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Individuo: características socio-demográficas e historia clínicaNombre de **entrevistador**: Número de grupoXX #**Fecha** de Entrevista: mm / dd / aaaaNúmero de participante (**HHID P PID**): X X # # # # P # #*Criterios de elegibilidad y consentimiento***Duerme** en esta casa **4+ noches**/semana [ ]  Sí**No tiene planes** concretos de **mudarse** (6 me) [ ]  Sí

|  |  |
| --- | --- |
|  **Edad**: ­­­\_\_\_\_\_\_ años 1-50 Menor emancipado:  | [ ]  Vive independiente  de los padres[ ]  Casado[ ]  Tiene hijos |

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

|  |
| --- |
| [ ]  **Consentimiento** **escrito** hecho[ ]  Acepto hacer el **cuestionario**. [ ]  Acepto dar una **muestra** de sangre. [ ]  Acepto que **utilicen** mi muestra de sangre  para **estudios futuros**. [ ]  Acepto ser **contactado** periódicamente en  relación a este estudio. |

*Asentimiento* *(solo menores: verbal 7-11, escrito 12-20)*

|  |
| --- |
| [ ]  **Asentimiento** **escrito** hecho (12-20)[ ]  **Asentimiento** **verbal** hecho (7-11)[ ]  Acepto hacer el **cuestionario**. [ ]  Acepto dar una **muestra** de sangre. [ ]  Acepto que **utilicen** mi muestra de sangre  para **estudios futuros**. [ ]  Acepto ser **contactado** periódicamente en relación a este estudio. |

**Nombre**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_Apellido paterno Apellido Materno Nombre Inicial**Sexo**: 🞎 Masculino 🞎 Femenino 🞎 OtroFecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ MM DD AAAAMétodo preferido para ser **contactado**:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Llamada al celular:[ ]  Mensaje de texto:[ ]  Teléfono del hogar:[ ]  Teléfono del trabajo: [ ]  Otro teléfono:[ ]  Correo electrónico:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Correo postal[ ]  Usa información del Representante del Hogar |

HISTORIA CLINICA *Ahora le haré algunas preguntas sobre su historial médico.*C1\_0. ¿Usted ha participado en algún **estudio de investigación** en el que le hayan aplicado una **vacuna** contra el **Zika** o el **dengue**? [ ]  Zika | [ ]  Dengue | [ ]  No~~-~~  Solo mujeres:  ~~-~~ C1\_1. ¿Está **embarazada**? [ ]  Sí | [ ]  No C1\_2. ¿Cuántas **semanas** de gestación tiene? \_\_\_\_\_\_\_C2\_0. ¿Tiene fiebre ***actualmente*** o en los ***últimos 7 días***?  [ ]  Sí | [ ]  NoC2\_1. Fecha que **empezó** la fiebre: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ MM DD YYYYC2\_2. ¿Ha presentado alguno de los siguientes **síntomas**? Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Congestión nasal[ ]  Diarrea [ ]  Dolor abdominal[ ]  Dolor en lasarticulaciones/coyunturas[ ]  Dolor de cabeza[ ]  Dolor de garganta[ ]  Dolor muscular[ ]  Dolor en los ojos[ ]  Dolor en las  pantorrillas[ ]  Escalofríos[ ]  Náuseas/vómitos | [ ]  Ojos rojos[ ]  Sangrado ligero  (en las encías, en la  nariz, petequias,  y/o hematomas)[ ]  Sangrado  abundante (vómito  con sangre/tos/  heces, sangrado  vaginal abundante)[ ]  Sarpullido o rash [ ]  Tos [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

C2\_3. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas? [ ]  Sí | [ ]  NoC2\_4. ¿**El médico** le **diagnosticó** con alguna de las siguientes enfermedades?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Dengue[ ]  Chikungunya[ ]  Zika | [ ]  Síndrome Viral[ ]  Influenza[ ]  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

C2\_5. ¿Estuvo **hospitalizado**(a)? [ ]  Sí | [ ]  NoC2\_6. ¿**Cuántos días** estuvo hospitalizado(a)? \_\_\_\_\_ días C2\_7. ¿En cuál **hospital**?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  San Lucas[ ]  Damas[ ]  San Cristóbal[ ]  Metropolitano/ Dr. Pila[ ]  Menonita/Guayama | [ ]  Concepción/ San Germán[ ]  Metropolitano/ San Germán[ ]  Pavía/Yauco[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

C2\_8. ¿Cuántos días de **trabajo** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_\_\_\_ días C2\_9. ¿Cuántos días de **escuela** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_\_\_\_ días C2\_10. ¿Alguien tuvo que perder días de **trabajo** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)? *Si más de una persona cuidó al participante,* [ ]  Sí | [ ]  No*suma todos los días que perdieron*  C2\_11. ¿Cuántos días de **trabajo** perdieron ellos? **\_\_\_\_\_\_** C2\_12. ¿Alguien tuvo que perder días de **escuela** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)? *Suma todos los días que perdieron. ,* [ ]  Sí | [ ]  NoC2\_13. ¿Cuántos días de **escuela** perdieron ellos? **\_\_\_\_\_** |  | Individuo: características socio-demográficas e historia clínicaD1. ¿Cuál es el **nivel de educación** más alto que ha obtenido?

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

D2. ¿Cuál es su **situación laboral** actual? *Sondear si es necesario.*

|  |
| --- |
| [ ]  Empleado/a a tiempo parcial[ ]  Empleado/a tiempo completo[ ]  Propietario de un negocio[ ]  Trabajo informal o casual (chiripas/chivitos)[ ]  Estudiante[ ]  Estudiante y trabajando[ ]  Retirado[ ]  Desempleado/a[ ]  Imposibilitado de trabajar por problemas de salud[ ]  Ama de casa[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

D3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su **lugar de trabajo**?

|  |
| --- |
| [ ]  Principalmente trabaja en interiores[ ]  Principalmente trabaja al aire libre[ ]  Viaja a diferentes edificios o lugares de trabajo[ ]  Mayormente en un carro[ ]  Varía[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

D4. ¿Tiene **plan médico** actualmente? [ ]  Sí | [ ]  NoD4a. **Tipo** de plan: *Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Reforma/Plan Mi Salud[ ]  Medicare[ ]  Medicaid[ ]  Privado | [ ]  Tricare[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

D5.¿Cuánto **tiempo** lleva viviendo en esta comunidad?  \_\_\_\_\_\_\_ (años)D6. De **6am - 8pm**, (14 hrs) ¿cuántas horas se encuentra usted en su casa o en esta comunidad o urbanización?

|  |  |
| --- | --- |
|  lunes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas martes: \_\_\_\_\_\_\_\_ horas miércoles: \_\_\_\_\_\_ horas jueves: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_* horas viernes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas |  sábado: \_\_\_\_\_\_ horas domingo: \_\_\_\_\_ horas |

C2\_14. ¿Aproximadamente cuánto **dinero** gastó durante la enfermedad, incluyendo visitas médicas, medicamentos, y costos de transportación? ­­­­$\_\_\_\_\_ [ ]  NRC3\_0. ¿Tuvo (otra) fiebre en los ***últimos 12 meses***, desde este mes del año pasado? [ ]  Sí | [ ]  NoC3\_1. Fecha que **empezó** la fiebre: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ MM DD YYYYC3\_2. ¿Ha presentado alguno de los siguientes **síntomas**? Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Congestión nasal[ ]  Diarrea [ ]  Dolor abdominal[ ]  Dolor en lasarticulaciones/coyunturas[ ]  Dolor de cabeza[ ]  Dolor de garganta[ ]  Dolor muscular[ ]  Dolor en los ojos[ ]  Dolor en las  pantorrillas[ ]  Escalofríos[ ]  Náuseas/vómitos | [ ]  Ojos rojos[ ]  Sangrado ligero  (en las encías, en la  nariz, petequias,  y/o hematomas)[ ]  Sangrado  abundante (vómito  con sangre/tos/  heces, sangrado  vaginal abundante)[ ]  Sarpullido o rash [ ]  Tos [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

C3\_3. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas? [ ]  Sí | [ ]  NoC3\_4. ¿**El médico** le **diagnosticó** con alguna de las siguientes enfermedades?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Dengue[ ]  Chikungunya[ ]  Zika | [ ]  Síndrome Viral[ ]  Influenza[ ]  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

C3\_5. ¿Estuvo **hospitalizado**(a)? [ ]  Sí | [ ]  NoC3\_6. ¿**Cuántos días** estuvo hospitalizado(a)? \_\_\_\_\_ días C3\_7. ¿En cuál **hospital**?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  San Lucas[ ]  Damas[ ]  San Cristóbal[ ]  Metropolitano/ Dr. Pila[ ]  Menonita/Guayama | [ ]  Concepción/ San Germán[ ]  Metropolitano/ San Germán[ ]  Pavía/Yauco[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

C3\_8. ¿Cuántos días de **trabajo** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_\_\_\_ días C3\_9. ¿Cuántos días de **escuela** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_\_\_\_ días C3\_10. ¿Alguien tuvo que perder días de **trabajo** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)? *Si más de una persona cuidó al participante,* [ ]  Sí | [ ]  No*suma todos los días que perdieron*  C3\_11. ¿Cuántos días de **trabajo** perdieron ellos? **\_\_\_\_\_\_** C3\_12. ¿Alguien tuvo que perder días de **escuela** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)? *Suma todos los días que perdieron. ,* [ ]  Sí | [ ]  NoC3\_13. ¿Cuántos días de **escuela** perdieron ellos? **\_\_\_\_\_**C3\_14. ¿Aproximadamente cuánto **dinero** gastó durante la enfermedad, incluyendo visitas médicas, medicamentos, y costos de transportación? ­­­­$\_\_\_\_\_ [ ]  NR |