|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KAP: Adultos y Adolescentes 1. Si pudiera **cambiar** o **mejorar** tres cosas en su comunidad, ¿Cuáles serían? *No lea las opciones, está bien si solo contestan 1-2 respuestas.*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  | | --- | | Agua acumulada  Ambiental/Contaminación  Animales callejeros/Relengos  Crimen/Pandillas/Seguridad  Distribución de agua potable  Drogas  Electricidad  Embarazo adolescente  Enfermedades de transmisión sexual/VIH  Enfermedades transmitidas por mosquitos  (dengue, Zika, chikungunya)  Escombros  Falta de alcantarillado/aguas usadas  La salud de los niños  Mantenimiento de áreas verdes  Moscas, mimes, otros insectos  Mosquitos  Personas sin hogar /deambulantes  Recogido de basura  Vecindario descuidado o sucio  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  2. *En los* ***últimos 12 meses***, desde este mes del año pasado, ¿Cuál de los siguientes medios ha utilizado para **obtener información** **de salud**? *Sondea si es necesario. Marque todas las que aplique.*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | |  |  | | --- | --- | | Escuela  Folletos  Internet  Niños  Periódicos/revistas  Portavoces oficiales  Profesionales de salud  Radio | Redes sociales  (Facebook,  Twitter,  Instagram)  Reuniones  comunitarias  TV  Vecinos  WhatsApp | |  |  3. ¿Usted cree que los **mosquitos** **transmiten** enfermedades?  Sí |  No4. *Pensando en los* ***próximos******12 meses***, cuánto **riesgo** cree que hay en esta casa de enfermarse con:  |  |  | | --- | --- | | a. Dengue | Alto |  Bajo |  Ningún  Ningún porque ya me dio | | b. Zika | Alto |  Bajo |  Ningún  Ningún porque ya me dio | | c. Chikungunya | Alto |  Bajo |  Ningún  Ningún porque ya me dio |  5. ¿Visitaría a un doctor si cree que tiene chikungunya, dengue, o Zika?  |  | | --- | | Sí |  No |  Sólo si los síntomas son severos |  11. ¿Cree que **controlar los criaderos** de mosquitos es una buena estrategia para prevenir Ias enfermedades transmitidas por mosquitos? Sí |  No12. *En los* ***últimos 12 meses***, ¿Ha **hablado** con alguna de las siguientes personas acerca de cómo **controlar** los mosquitos? a. Su familia  Sí |  No  b. Sus vecinos  Sí |  No  c. Su comunidad  Sí |  No 13. ¿Usted cree que **su comunidad debería hacer más** para **controlar** los mosquitos? Sí |  No 14. ¿Quién usted cree es **responsable** de **controlar** los mosquitos?  |  |  | | --- | --- | | a. ¿El gobierno y/o  el Departamento de Salud? | Sí |  No | | b. ¿Usted? | Sí |  No |  15. ¿Cree que vale la pena **invertir tiempo y dinero** cada mes para **controlar los** **mosquitos** dentro y alrededor de la casa? Sí |  No |  | KAP: Adultos y Adolescentes  6. ¿Cree que las enfermedades trasmitidas por mosquitos como el dengue, el Zika, y el chikungunya son un problema en su comunidad?  Sí |  No 7. ¿Ha usado **repelente de mosquitos** en los ***últimos 30 días***?  Sí |  No 7a. ¿Qué **tipo de repelente** ha utilizado para evitar picadas de mosquitos?   |  |  | | --- | --- | | Citronela  Spray comprado (Off)  Crema  Toallitas | Repelentes  Naturales/  artesanales/caseros  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  8. En los ***últimos 12 meses,*** ¿Cuán a menudo usted ha utilizado un **mosquitero**?  |  | | --- | | Diariamente  Una vez a la semana  Una vez al mes  Rara vez  Nunca |  9. ¿En **qué lugar** se encuentra cuando más le pican los mosquitos? *Selección múltiple, lea las opciones.* Alrededor de la casa  Adentro de la casa  Trabajo  Escuela  La cancha de la comunidad  Otro lugar *de* la comunidad  Otro lugar *fuera* de la comunidad  No me pican Un **criadero de mosquito** es cualquier cosa que retenga el agua para que los mosquitos puedan reproducirse. Los mosquitos se pueden reproducir en un sitio tan pequeño como una tapa de una botella. 10. En este momento, ¿cuáles son los **criaderos** de mosquito **más común** en esta comunidad?  *Selección múltiple,* ***no*** *lea las opciones.*  Árboles huecos  Casas abandonadas  Casas de los vecinos  Contenedores de basura  Desagües  Escombros del huracán  Gomas  Otros recipientes  Piscinas en casas abandonadas  Piscinas no tratadas  Pozos sépticos  Suelos  Techos  No hay criaderos  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  16. ¿Sabía que estaríamos en su comunidad?  Sí |  No  16a. ¿Cómo se enteró de que estaríamos por su comunidad?   |  | | --- | | Por medio del líder comunitario  Hoja Informativa  Por medio de alguien  🡪¿Quién? .  Facebook  🡪 ¿Cuál página? .  Altavoz/Tumbacoco  🡪 ¿Dónde? .  Radio  🡪 ¿Cuál estación? .  Cruzacalles  Periódico  🡪 ¿Cuál? .  Otro: . |   **Participant ID:**  P  **Participant Laboratory Data**  **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**  Month Day  Year  **Collection Date:**    **\*\*Project flag:\*\*** *Fever in last 7 days*  No: **COPA**  Yes: **COPA\_SYM**  **PARTICIPANT BARCODE**  Yes  No |