

KAP: Niños Mayores (12-13)

1. Si pudieras **cambiar** o **mejorar** tres cosas en tu 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 has utilizado para **obtener información de salud**?

Sondea si es necesario. Marque todas las que aplique.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram) |
| <input type="checkbox"/> Folletos | <input type="checkbox"/> Reuniones comunitarias |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Niños | <input type="checkbox"/> Vecinos |
| <input type="checkbox"/> Periódicos/revistas | <input type="checkbox"/> WhatsApp |
| <input type="checkbox"/> Portavoces oficiales | |
| <input type="checkbox"/> Profesionales de salud | |
| <input type="checkbox"/> Radio | |

6. ¿Crees que las enfermedades transmitidas por mosquitos como el dengue, el Zika, y el chikungunya son un **problema** en tu comunidad?

Sí |

No

7. ¿Has usado **repelente de mosquitos** en los **últimos 30 días**?

Sí | No



7a. ¿Qué **tipo de repelente** has utilizado para evitar picadas de mosquitos?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Citronela | <input type="checkbox"/> Repelentes Naturales/ artesanales/caseros |
| <input type="checkbox"/> Spray comprado (Off) | |
| <input type="checkbox"/> Crema | |
| <input type="checkbox"/> Toallitas | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

KAP: Niños Mayores (12-13)

8. En los **últimos 12 meses**, ¿Cuán a menudo has utilizado un **mosquitero**?

- Diariamente
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Rara vez
- Nunca

9. ¿En **qué lugar** te encuentras cuando más te 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.

11. ¿Crees que **controlar los criaderos** de mosquitos es una buena estrategia para prevenir las enfermedades transmitidas por mosquitos?

Sí |

No

12. En los **últimos 12 meses**, ¿Has **hablado** con alguna de las siguientes personas acerca de cómo **controlar** los mosquitos?

- | | |
|-----------------|---|
| a. Tu familia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. Tus vecinos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c. Tu comunidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

13. ¿Crees que tu comunidad **debería hacer más** para **controlar** los mosquitos?

Sí |

No

14b. ¿Crees que **tu eres responsable** de **controlar** los mosquitos?

Sí |

No

Participant Laboratory Data

Serum

Serum

Dried Blood Spot

****Project flag:**** *Fever in last 7 days*

No: **COPA**

Yes: **COPA_SYM**