

# Household Representative

Interviewer name: \_\_\_\_\_

Interview date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

Participant ID (HHID P PID): \_\_\_\_\_P\_\_\_\_\_

1. How many people live in this house (4 or more nights per week) including yourself? \_\_\_\_\_  NR

Present:	Participating:	Sex:	Age:
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> UK	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> UK	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> UK	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> UK	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> UK	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> UK	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> UK	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> UK	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> UK	M / F / O / NR	

NE = Not eligible  
UK = Unknown

NR = No response  
O = Other

2. Do you rent or own this house?

- Own  Relative's house  Other: \_\_\_\_\_  
 Rent  Public housing  NR

3. In the last 12 months, have you seen or found rats inside or around your house?

Yes  No  UK  NR

4. Does this house have a cistern/water tank?

Yes  No  UK  NR

5. Does this house have a septic tank?

Yes  No  UK  NR

6. How many windows in your house have screens in good condition (that aren't broken)?

- All  On all that we  None  
 Some  open  NR

7. How many doors in your house have screens in good condition (that aren't broken)?

- All  On all that we  None  
 Some  open  NR

8. Do you use air conditioning in your house? (If "Yes", ask questions 8.1 and 8.2)

Yes  No  UK  NR

8.1 In which areas do you use AC? (Read all options if necessary. Mark all that apply.)

- Whole house  Living room  Other  
 Bedroom(s)  Kitchen

8.2 During what time of the day do you use AC? (Read all options if necessary. Mark all that apply.)

- |                                |                                    |                                       |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Day   | <input type="checkbox"/> Morning   | <input type="checkbox"/> Occasionally |
| <input type="checkbox"/> Night | <input type="checkbox"/> Afternoon | <input type="checkbox"/> All the time |

9. What is the approximately \*total\* annual household income? (include all sources of income.)

- \$\_\_\_\_\_ annual income
- Prefer to respond in months: \_\_\_\_\_
- NR
- \$\_\_\_\_\_ per month

10. In the last 12 months, how many times have you used the services of an exterminator to treat your residence for insects? (Eg, cockroaches, ants, termites, wasps, mosquitoes, flies, or ticks.) (If 1+ times, ask 10.1.)

- |                                  |                                   |                             |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 time  | <input type="checkbox"/> 4+ times | <input type="checkbox"/> UK |
| <input type="checkbox"/> 2 times | <input type="checkbox"/> Never    | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> 3 times |                                   |                             |

10.1 In the last 12 months, how much money did you spend on exterminators?

- \$\_\_\_\_\_  NR

11. In the last 12 months, has there been street fumigation for mosquito prevention and control in your community?  Yes  No  UK  NR

12. In the last 12 months, how often have you used liquid insecticides of long duration (no spray) to control insects inside and around your home? (P. ej., Ortho Home Defense, AMDRO Home Perimeter, Sevin, Spectracide Bug Stop or equivalent brand.)

- |                                       |                                    |                             |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 to 3 times | <input type="checkbox"/> 10+ times | <input type="checkbox"/> UK |
| <input type="checkbox"/> 4 to 6 times | <input type="checkbox"/> Never     | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> 7 to 9 times |                                    |                             |

13. In the last 6 months, how often have you used insecticide sprays to control insects in or around your home? (E.g. Raid, Hot Shot, Real Kill, Black Jack or another equivalent brand)

- |   |                                       |                             |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Daily            | <input type="checkbox"/> Once a month | <input type="checkbox"/> UK |
| <input type="checkbox"/> Once a week      | <input type="checkbox"/> Rarely       | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Two times a week | <input type="checkbox"/> Never        |                             |

14. In the last 6 months, how often have you used or applied any other chemical insecticide to control insects in or around your home? (Eg traps / "baits", powders or granules or "plug-ins". Does not include larvicides, skin repellants, electric rackets, glue traps, lamps, coils/cobra, etc.) (If once or more per week, ask 13.1.)

- |  |                                       |                             |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Daily           | <input type="checkbox"/> Once a month | <input type="checkbox"/> UK |
| <input type="checkbox"/> Once a week     | <input type="checkbox"/> Rarely       | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Two time a week | <input type="checkbox"/> Never        |                             |

14.1 Specify the types of products:

- \_\_\_\_\_  NR

15. (Participants who used insect control products 1+ times) In the last 6 months, how much money did you spend on all the listed insecticides that you used to control insects in or around your home?

\$ \_\_\_\_\_

NR

---

## Representante del Hogar

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha de entrevista: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

Número de participante (HHID P PID): \_\_\_\_\_ P\_\_\_\_\_

*Entrevistador, lea lo siguiente: La haré preguntas que hacemos a todos los hogares del estudio para entender mejor las características de la comunidad. Las respuestas son confidenciales y nunca se van a compartir de forma individual/identificable.*

1. ¿Cuántas personas viven en esta casa (4+ noches/semana) incluyéndolo/a a usted? \_\_\_\_\_  NR

Presente:	Participando:	Sexo:	Edad:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	M / F / O / NR	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC	M / F / O / NR	

NE = No es elegible  
DC = Desconocido

NR = No responde  
O = Otro

2. ¿Usted alquila o es dueño/a de la casa?

- Dueño  Casa de un familiar  Otro: \_\_\_\_\_  
 Alquila  Vivienda pública  NR

3. En los últimos 12 meses, ¿ha visto o encontrado ratas/ratones adentro o alrededor de su casa?  Sí  No  DC  NR

4. ¿Esta casa tiene cisterna/tanque de agua?  Sí  No  DC  NR

5. ¿Esta vivienda tiene pozo séptico?  Sí  No  DC  NR

6. ¿Cuántas ventanas en su casa tienen escritas en buen estado (que no están rotos)?

- Todas  En todas las que  Ningunas  
 Algunas  abrimos  NR

7. ¿Cuántas puertas en su casa tienen escritas en buen estado (que no están rotos)?

- Todas  En todas las que  Ningunas  
 Algunas  abrimos  NR

8. ¿Usa aire acondicionado en su casa? (Si "Sí", pregunte 8.1 y 8.2.)  Sí  No  DC  NR

**8.1** ¿En qué áreas usa aire acondicionado? (Lea las opciones si es necesario. Marque todas las que apliquen.)

- |                                       |                                 |                               |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda la casa | <input type="checkbox"/> Sala   | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cuarto(s)    | <input type="checkbox"/> Cocina |                               |

**8.2** ¿En qué momento del día usa el AC? (Lea las opciones si es necesario. Marque todos que apliquen.)

- |                                |                                 |   |
|--------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Día   | <input type="checkbox"/> Mañana | <input type="checkbox"/> De vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Noche | <input type="checkbox"/> Tarde  | <input type="checkbox"/> Todo el tiempo   |

**9.** ¿Cuál es el ingreso anual *\*total\** aproximado de su familia (incluyendo todas las fuentes de ingresos)?

- \$\_\_\_\_\_ por año  Prefiere responder en meses:  NR  
\$\_\_\_\_\_ por mes

**10.** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha usado los servicios de un exterminador para tratar su residencia contra insectos? (P. ej., cucarachas, hormigas, termitas, avispa, mosquitos, moscas o garrapatas.)

(Si 1+ veces, pregunte 10.1.)

- |                                  |                                   |                             |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Una vez | <input type="checkbox"/> 4+ veces | <input type="checkbox"/> DC |
| <input type="checkbox"/> 2 veces | <input type="checkbox"/> Nunca    | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> 3 veces |                                   |                             |

**10.1** En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero gastó en servicios de exterminadores?

- \$\_\_\_\_\_  NR

**11.** En los últimos 12 meses, ¿ha habido fumigación en las calles para la prevención y control de mosquitos en su comunidad?

- Sí  No  DC  NR

**12.** En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha rociado insecticidas líquidos de larga duración (no aerosoles) para controlar insectos dentro o alrededor de su casa? (P. ej., Ortho Home Defense, AMDRO Home Perimeter, Sevin, Spectracide Bug Stop u otra marca equivalente.)

- |                                      |                                    |                             |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 a 3 veces | <input type="checkbox"/> 10+ veces | <input type="checkbox"/> DC |
| <input type="checkbox"/> 4 a 6 veces | <input type="checkbox"/> Nunca     | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> 7 a 9 veces |                                    |                             |

**13.** En los últimos 6 meses, ¿cuán frecuente ha usado insecticidas en "sprays" (aerosoles) para controlar insectos dentro o alrededor de su casa? (P. ej., Raid, Hot Shot, Real Kill, Black Jack u otra marca equivalente.)

- |  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diariamente         | <input type="checkbox"/> Una vez al mes | <input type="checkbox"/> DC |
| <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Rara vez       | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Cada dos semanas    | <input type="checkbox"/> Nunca          |                             |

**14.** En los últimos 6 meses, ¿cuán frecuente ha usado o aplicado algún otro insecticida químico para controlar insectos dentro o alrededor de su casa? (P. ej., trampas/"baits", polvos o gránulos o "plug-ins". No incluye

larvicidas, repelentes para la piel, raquetas eléctricas, trampas de pega, lámparas, espirales/cobra, etc.)

Si 1+ veces, pregunte 14.1.)

- |  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diariamente         | <input type="checkbox"/> Una vez al mes | <input type="checkbox"/> DC |
| <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Rara vez       | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Cada dos semanas    | <input type="checkbox"/> Nunca          |                             |

**14.1** Especifique los tipos de productos:

\_\_\_\_\_

NR

**15.** (Participantes que usaron productos para controlar insectos 1+ veces) En los últimos 6 meses, ¿cuánto dinero gastó en todos los insecticidas mencionados que usó para controlar insectos dentro o alrededor de su casa?

\$ \_\_\_\_\_

NR

# Participant

Interviewer name: \_\_\_\_\_ Interview date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

Participant type:  Household representative  Household member  Household rep. only\*

Participant ID number (HHID P PID): \_\_\_\_\_ P\_\_\_\_\_ ID discrepancy:  \_\_\_\_\_

Sleeps in the house 4 or more nights per week

Has no plans to move in the next 6 months

\*(Only complete **Participant** and **Household Representative** sections)

1. Participant name:

_____	_____
First name	Last name
_____	_____
Name	Middle name

2. Date of birth: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

3. Sex:  Female  Male  Other  NR

4. (Minor 14–20 years) Are you an emancipated minor?

- No, I live with my parents
- Yes, married
- No, I have children and/or live independently from my parents
- Yes, I am legally emancipated

5. (Adult 21+/emancipated minor) Adult or emancipated minor provides written consent:

- Written consent
- I agree to provide my contact information, including my telephone number
- I agree to respond to the survey
- I agree to give a blood sample
- I agree to give a nasal swab sample
- Consent to storage of samples
- I agree to be contacted weekly to ask if anyone in the house has recently had fever and each year for follow-up for this study or other future studies

6. (Minors 1–20 years) Parent or legal guardian provides written consent:

- Written consent
- Survey and blood sample collection
- Nasal swab sample collection
- Sample storage

7. (Minors 14–20 years) Minor 14–20 provides written assent:

- Written consent
- I agree to participate in the study (including responding to the questionnaire and giving a blood sample)
- I agree to give a nasal swab sample
- Assent for sample storage

8. (Minors 7–13 years) Minor 7–13 provides verbal assent:

- Verbal assent
- I agree to participate in the study

9. (Adult 21+/emancipated or independent minor) Mailing address where you would like to receive the results for your samples:

_____		_____	
Line 1		Line 2	
_____		_____	_____
City		State	Postal code

10. Telephone numbers to be contacted: (Mark all that apply.)

<input type="checkbox"/> Cell phone:	_____	Company: _____
<input type="checkbox"/> Text message:	_____	Company: _____
<input type="checkbox"/> Home phone:	_____	
<input type="checkbox"/> Work phone:	_____	
<input type="checkbox"/> Other phone:	_____	

11. (Adult 21+/emancipated or independent minor) Email address:

\_\_\_\_\_  NR

12. (Adult 21+/emancipated or independent minor) Can you provide contact information for other persons that are not participating in the COPA project? (If "Yes", ask 12.1 and 12.2.)

Yes No UK NR

12.1 Name of additional contact #1: \_\_\_\_\_

<u>Relation</u>	<u>Contact method</u>	
<input type="checkbox"/> Partner/spouse	<input type="checkbox"/> Cell phone:	_____
<input type="checkbox"/> Father/mother	<input type="checkbox"/> Text message:	Company: _____
<input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/> Home phone:	_____
<input type="checkbox"/> Other family member	<input type="checkbox"/> Other phone:	_____
<input type="checkbox"/> Friend	<input type="checkbox"/> Email:	_____

12.2 Name of additional contact #2: \_\_\_\_\_

<u>Relation</u>	<u>Contact method</u>	
<input type="checkbox"/> Partner/spouse	<input type="checkbox"/> Cell phone:	_____
<input type="checkbox"/> Father/mother	<input type="checkbox"/> Text message:	Company: _____
<input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/> Home phone:	_____
<input type="checkbox"/> Other family member	<input type="checkbox"/> Other phone:	_____
<input type="checkbox"/> Friend	<input type="checkbox"/> Email:	_____

## Individual

### Demographics

D1. (ONLY new participants) Do you consider yourself latino/a?

Yes No UK NR

D2. (ONLY new participants) What ethnic group do you identify with? (Read all options. Mark all that apply.)

<input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Mexican	<input type="checkbox"/> None
<input type="checkbox"/> Dominican	<input type="checkbox"/> Haitian	<input type="checkbox"/> NR
<input type="checkbox"/> Cuban	<input type="checkbox"/> Other	



**D3.** (ONLY new participants) What races do you identify with? (Read all options. Mark all that apply.)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> White                     | <input type="checkbox"/> Hawaiian Native or Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Other races: _____ |
| <input type="checkbox"/> Black or African American | <input type="checkbox"/> Native American or Alaska Native    | <input type="checkbox"/> UK                 |
| <input type="checkbox"/> Asian                     |  | <input type="checkbox"/> NR                 |

**D4.** (5+ years) What is the highest level of education that you have obtained? (Read options if necessary.)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No school         | <input type="checkbox"/> Completed grade 12/GED          | <input type="checkbox"/> Professional degree |
| <input type="checkbox"/> Special education | <input type="checkbox"/> Technical or associate's degree | <input type="checkbox"/> Post-graduate study |
| <input type="checkbox"/> Grades 1 to 5     | <input type="checkbox"/> Bachelor's degree               | <input type="checkbox"/> NR                  |
| <input type="checkbox"/> Grades 6 to 8     |  |  |
| <input type="checkbox"/> Grades 9 to 11    |  |  |

**D5.** (5+ years) Which of the following best describes your current employment status? (Read options.)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Employed/full-time         | <input type="checkbox"/> Studying                              | <input type="checkbox"/> Health condition/disability |
| <input type="checkbox"/> Employed/part-time         | <input type="checkbox"/> Studying and working                  | <input type="checkbox"/> Unemployed                  |
| <input type="checkbox"/> Own business/self employed | <input type="checkbox"/> Retired                               | <input type="checkbox"/> Other                       |
| <input type="checkbox"/> Casual or informal work    | <input type="checkbox"/> Homemaker/caretaker for family member | <input type="checkbox"/> NR                          |

**D5.1.** (Participants who work) When you are working, are you indoors, outdoors, or both? (If "Inside" or "Both," ask D5.1a – b.)

- |                                  |                               |                             |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inside  | <input type="checkbox"/> Both | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Outside |                               |                             |

**D.5.1a** In your work place (or places), do you have screens in good condition on all the windows and doors? (Read the options.)

- |                                       |  |                             |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes, in all  | <input type="checkbox"/> Yes, in all that open | <input type="checkbox"/> DC |
| <input type="checkbox"/> Yes, in some | <input type="checkbox"/> No, in none           | <input type="checkbox"/> NR |

**D.5.1b** In the place (or places) where you work do you use air conditioning when you are present? (Read the options.)

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes, once in a while | <input type="checkbox"/> No, never |
| <input type="checkbox"/> Yes, all the time    | <input type="checkbox"/> NR        |

**D5.2.** (Participants who study) When you are working, are you indoors, outdoors, or both? (If "Inside" or "Both," ask D5.2a – b.)

- |                                  |                               |                             |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inside  | <input type="checkbox"/> Both | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Outside |                               |                             |

**D.5.2a** In the place (or places) where you study, do you have screens in good condition on all the windows and doors? (Read the options.)

- |                                       |   |                             |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes, in all  | <input type="checkbox"/> Yes, in all that we can open | <input type="checkbox"/> DC |
| <input type="checkbox"/> Yes, in some | <input type="checkbox"/> No, in none                  | <input type="checkbox"/> NR |

**D.5.2b** In the place (or places) where you study do you use air conditioning when you are present? (Read the options.)

- Yes, once in a while       No, never  
 Yes, all the time       NR

**D6.** Do you currently have medical insurance? (If "Yes", ask D6.1.)

Yes    No    UK    NR

**D6.1** Specify the type of plan:

(Read the options. Mark all that apply.)

- Reforma/ Plan Mi       Medicaid       Other: \_\_\_\_\_  
Salud       Private  
 Medicare       Tricare       NR

**D7.** How many years have you been living in this community? \_\_\_\_\_ years

**D8.** During a normal week, how many hours you spend outside your house per day (24hrs)?

Monday: \_\_\_\_\_hrs      Thursday: \_\_\_\_\_hrs      Saturday: \_\_\_\_\_hrs  
Tuesday: \_\_\_\_\_hrs      Friday: \_\_\_\_\_hrs      Sunday: \_\_\_\_\_hrs  
Wednesday: \_\_\_\_\_hrs

### Other characteristics

**C1.** (ONLY women 15 to 65 years) ¿Are you pregnant? (If "Yes", ask C1.1.)

Yes    No    UK    NR

**C1.1** How many gestational weeks are you? \_\_\_\_\_ weeks

**C2.** I'm going to mention some conditions, please let me know if a doctor has ever diagnosed you with any...?

(Read all the responses and mark all that apply).

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension                      | <input type="checkbox"/> Kidney disease/condition   | <input type="checkbox"/> Cancer                                      |
| <input type="checkbox"/> Heart disease                     | <input type="checkbox"/> Liver disease/condition  | <input type="checkbox"/> Immunosuppression or other immunodeficiency |
| <input type="checkbox"/> Stroke                            | (In dialysis): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NR | <input type="checkbox"/> Arthritis/ Rheumatoid arthritis             |
| <input type="checkbox"/> Respiratory illness (Specify):    | <input type="checkbox"/> Blood disease/ disorder  | <input type="checkbox"/> Other rheumatologic/ autoimmune condition   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                            | <input type="checkbox"/> Anxiety  | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal disorders                  |
| <input type="checkbox"/> Other chronic pulmonary illness   | <input type="checkbox"/> Depression   | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia                                |
| <input type="checkbox"/> NR                                | <input type="checkbox"/> Other mental or psychological diagnosis                                    | <input type="checkbox"/> Other: _____                                |
| <input type="checkbox"/> Thyroid disease                   | <input type="checkbox"/> Neurological disease/condition   | <input type="checkbox"/> None  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          |   | <input type="checkbox"/> UK  |
| <input type="checkbox"/> Obesity                           |   | <input type="checkbox"/> NR  |
| <input type="checkbox"/> High triglycerides or cholesterol |   |  |
| <input type="checkbox"/> Physical disability               |   |  |

**C3.** In the last two weeks, have you had close contact with someone who has been diagnosed with?

(Read all the responses and mark all that apply.)

Dengue  
 Influenza

Viral syndrome  
 Coronavirus (COVID-19)

None  
 NR

**C4.** In the last 12 month, have you been vaccinated for the flu?  
(If "No", ask C5.1. Or C5.2 according to age.)

Yes No UK NR

**C4.1.** [Participants 18+ years/emancipated minors] Why didn't you get a flu shot? (Do not read the options. Mark all that apply.)

- I do not think this vaccine is safe and/or I am concerned about the side effects/reactions
- I don't think the flu vaccine works or is effective enough
- I don't believe in any vaccine
- I'm not worried about getting the flu
- I have heard negative things about this vaccine
- Someone told me not to
- I don't like / fear needles
- I forgot
- Cost
- I did not know where to get it
- Inconvenience in going to look for it
- I have a contraindication
- Another reason: \_\_\_\_\_
- No reason / don't know
- I do not remember
- NR

**C4.2.** [Participants under the age of 1 to 17 who are not emancipated, ask the parent or guardian] Why did you not vaccinate your child against influenza? (Do not read the options. Mark all that apply.)

- I do not think this vaccine is safe and/or I am concerned about the side effects/reactions
- I don't think the flu vaccine works or is effective enough
- I don't believe in any vaccine
- I'm not worried about getting the flu
- I have heard negative things about this vaccine
- Someone told me not to
- I don't like / fear needles
- I forgot
- Cost
- I did not know where to get it
- Inconvenience in going to look for it
- I have a contraindication
- Another reason: \_\_\_\_\_
- No reason / don't know
- I do not remember
- NR

**C5.** (Participants 9 to 17 years old) Have you been vaccinated against dengue? (If "Yes", ask C5.1 to C5.3.)

Yes No UK NR

**C5.1** Which vaccine did you receive?

- Dengvaxia                       UK                       NR  
 Other: \_\_\_\_\_

**C5.2** How many doses (injections) have you received?

- 1 doses/ injection               3 doses/ injections               NR  
 2 doses/ injections               UK

**C5.3** What is the approximate date you received the last dose?

- m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_               NR

**C6.** In the past 12 months, have you tested positive for Coronavirus (COVID-19) in a sample from the nose or throat or saliva?  Yes  No  UK  NR

**C6.1** Approximate date of taking the first positive test (from the most recent infection): m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_               NR

**C8.** (Participants 5+ years) Have you been vaccinated against COVID-19 (SARS-CoV-2)? (If "No", ask C8.1. If "Yes", ask the participant show you their vaccination card or other document and ask C8.2-C8.10, if applicable.)  Yes  No  UK  NR

**C8.1** What are the reasons why you have not been vaccinated against COVID-19? (Do not read the options. Mark all that apply.)

- I do not think this vaccine is safe and/or I am concerned about the side effects/reactions  
 I don't think the COVID-19 vaccine works or is effective enough  
 I don't believe in any vaccine  
 I do not believe that COVID-19 is real/exists  
 I'm not worried about getting COVID-19  
 I am waiting to see if the vaccine is safe and I may be vaccinated in the future  
 I have heard negative things about this vaccine  
 I don't like / fear needles  
 I need more information about how this vaccine works  
 I need to see my doctor  
 Cost  
 The Inconvenience of going to look for it  
 I have a contraindication  
 Other: \_\_\_\_\_  
 UK  
 NR

**C8.2** How many doses (shots) did you receive?

- 1 dose/shot                       3 doses/shots                       UK  
 2 doses/shots                       4 doses/shots                       NR

**C8.3** What is the name of the manufacturer of the COVID-19 vaccine that you received for your first dose?

- Pfizer                               Johnson & Johnson/               UK  
 Moderna                              Janssen                               NR  
 Other: \_\_\_\_\_

**C8.4** When did get your first dose of COVID-19 vaccine?

Approximate date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_  NR

**C8.5** *Interviewer, please answer:* Which information on first dose of was confirmed by COVID-19 vaccine card or other documentation? *(Mark all that apply.)*

- Manufacturer  Date of vaccination  None

**C8.6** *(If received 2 doses)* What is the name of the manufacturer of the COVID-19 vaccine that you received for your second dose?

- Pfizer  Johnson & Johnson/  UK  
 Moderna Janssen  NR  
 Other: \_\_\_\_\_

**C8.7** *(If received 2 doses)* When did get your second dose of COVID-19 vaccine?

Approximate date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_  NR

**C8.8** *(If received 2 doses) Interviewer, please answer:* Which information on second dose of was confirmed by COVID-19 vaccine card or other documentation? *(Mark all that apply.)*

- Manufacturer  Date of vaccination  None

**C8.9** *(If received 3 doses)* What is the name of the manufacturer of the COVID-19 vaccine that you received for your third dose?

- Pfizer  Johnson & Johnson/  UK  
 Moderna Janssen  NR  
 Other: \_\_\_\_\_

**C8.10** *(If received 3 doses)* When did get your third dose of COVID-19 vaccine?

Approximate date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_  NR

**C8.11** *(If received 3 doses) Interviewer, please answer:* Which information on third dose of was confirmed by COVID-19 vaccine card or other documentation? *(Mark all that apply.)*

- Manufacturer  Date of vaccination  None

**C8.12** *(If received 4 doses)* What is the name of the manufacturer of the COVID-19 vaccine that you received for your fourth dose?

- Pfizer  Johnson & Johnson/  UK  
 Moderna Janssen  NR  
 Other: \_\_\_\_\_

**C8.13** *(If received 4 doses)* When did get your fourth dose of COVID-19 vaccine?

Approximate date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_  NR

**C8.11** (If received 4 doses) Interviewer, please answer: Which information on fourth dose of was confirmed by COVID-19 vaccine card or other documentation? (Mark all that apply.)

- Manufacturer       Date of vaccination       None

---

**Current fever**

---

**F1.** Have you had fever today or in the last 7 days? (including quantified or non-quantified)? (If "Yes", ask F1.1–F5.) Yes No UK NR

**F1.1** Date that the fever began: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

**F2.** Have you had sore throat, difficulty breathing diarrhea, body pain, loss taste and/or smell today or in the last 7 days? Yes No UK NR

(If "Yes", ask F2.1–F5. If "No", "UK" or "NR", skip to H1.)

**F2.1** Date that first symptom began: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

**F3.** During this illness, have you had any of the following symptoms?

(Read all the responses and mark all that apply.)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion                         | <input type="checkbox"/> Abdominal pain  | <input type="checkbox"/> Joint pain  |
| <input type="checkbox"/> Cough                                    | <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting   | <input type="checkbox"/> Muscle pain   |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath/difficulty breathing | <input type="checkbox"/> Diarrhea  | <input type="checkbox"/> Calf pain   |
| <input type="checkbox"/> Loss of taste &/or smell                 | <input type="checkbox"/> Chills  | <input type="checkbox"/> Bleeding  |
| <input type="checkbox"/> Chest pain/discomfort                    | <input type="checkbox"/> Rash  | <input type="checkbox"/> (Minors under 2 years) More irritable/inconsolable crying |
| <input type="checkbox"/> Sore throat                              | <input type="checkbox"/> Changes in the skin of the fingers or toes, including discoloration or blisters | <input type="checkbox"/> Other   |
| <input type="checkbox"/> Headache                                 |  | <input type="checkbox"/> None  |
| <input type="checkbox"/> Eye pain                                 |  | <input type="checkbox"/> NR  |
| <input type="checkbox"/> Red eyes                                 | <input type="checkbox"/> Tiredness/no energy   |  |

**F4.** Did you see a doctor for these symptoms? (If "Yes", ask F4.1–F4.2.) Yes No UK NR

**F4.1** Where were you seen? (Mark all that apply.)

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clinic/Doctor's office | <input type="checkbox"/> Hospital/Emergency room                  | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> CDT/Urgency room       | <input type="checkbox"/> By call /telemedicine or videoconference | <input type="checkbox"/> NR           |

**F4.2** Did the doctor diagnose you with any of the following illnesses?

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dengue         | <input type="checkbox"/> Coronavirus (COVID-19)    | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya    | <input type="checkbox"/> Pneumonia                 |                                       |
| <input type="checkbox"/> Zika           | <input type="checkbox"/> Other respiratory illness | <input type="checkbox"/> None         |
| <input type="checkbox"/> Viral syndrome |  | <input type="checkbox"/> NR           |
| <input type="checkbox"/> Influenza      | <input type="checkbox"/> Bacterial infection       |                                       |

**F4.3.** Were you hospitalized? (If "Yes", ask F4.3a–F4.3b.) Yes No UK NR

**F4.3a** How many days were you hospitalized? \_\_\_\_\_ days

**F4.3b** In which hospital? (Mark all that apply).

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> San Lucas              | <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama            | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa         |
| <input type="checkbox"/> Damas                  | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco                 | <input type="checkbox"/> Other hospital:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal          | <input type="checkbox"/> Concepción/San<br>Germán    | <input type="checkbox"/> NR                       |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San<br>Germán |   |

**Previous fever (in the last year)**

**H1.** Have you had (another) fever in the last 12 months, since this month of last year (including quantified or non-quantified)? (If "Yes", ask H1.1–H5.)

Yes No UK NR

**H1.1** Date that the fever began: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

**H1.2** (ONLY follow-up participants) Did you report this disease to the COPA surveillance system by text message (or by another method)?

- |                              |   |                             |
|------------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> I don't receive the<br>text messages | <input type="checkbox"/> UK |
| <input type="checkbox"/> No  |   | <input type="checkbox"/> NR |

**H2.** During this illness, did you have any of the following symptoms?

(Read all the responses and mark all that apply.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion                               | <input type="checkbox"/> Abdominal pain  | <input type="checkbox"/> Joint pain   |
| <input type="checkbox"/> Cough  | <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting   | <input type="checkbox"/> Muscle pain  |
| <input type="checkbox"/> Shortness of<br>breath/difficulty<br>breathing | <input type="checkbox"/> Diarrhea  | <input type="checkbox"/> Calf pain  |
| <input type="checkbox"/> Loss of taste &/or smell                       | <input type="checkbox"/> Chills  | <input type="checkbox"/> Bleeding   |
| <input type="checkbox"/> Chest pain/discomfort                          | <input type="checkbox"/> Rash  | <input type="checkbox"/> (Minors under 2 years)<br>More irritable/<br>inconsolable crying |
| <input type="checkbox"/> Sore throat                                    | <input type="checkbox"/> Changes in the skin of<br>the fingers or toes,<br>including | <input type="checkbox"/> Other  |
| <input type="checkbox"/> Headache                                       | discoloration or   | <input type="checkbox"/> None   |
| <input type="checkbox"/> Eye pain                                       | blisters   | <input type="checkbox"/> NR   |
| <input type="checkbox"/> Red eyes                                       | <input type="checkbox"/> Tiredness/no energy   |   |

**H3.** Did you see a doctor for these symptoms? (If "Yes", ask H3.1–H3.4.)

Yes No UK NR

**H3.1** Where were you seen? (Mark all that apply.)

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clinic/Doctor's office | <input type="checkbox"/> Hospital/Emergency<br>room                     | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> CDT/Urgency room       | <input type="checkbox"/> By call<br>/telemedicine or<br>videoconference | <input type="checkbox"/> NR           |

**H3.2** Did the doctor diagnose you with any of the following illnesses?

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dengue         | <input type="checkbox"/> Coronavirus (COVID-19)       | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya    | <input type="checkbox"/> Pneumonia                    |                                       |
| <input type="checkbox"/> Zika           | <input type="checkbox"/> Other respiratory<br>illness | <input type="checkbox"/> None         |
| <input type="checkbox"/> Viral syndrome | <input type="checkbox"/> Bacterial infection          | <input type="checkbox"/> NR           |
| <input type="checkbox"/> Influenza      |   |                                       |

**H3.5.** Were you hospitalized? (If "Yes", ask H3.5a–H3.5b.)

Yes No UK NR

**H3.5a** How many days were you hospitalized? \_\_\_\_\_ days

**H3.5b** In which hospital? *(Mark all that apply.)*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> San Lucas              | <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama  | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa |
| <input type="checkbox"/> Damas                  | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco       | <input type="checkbox"/> Other hospital:  |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal          | <input type="checkbox"/> Concepción/San    | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | Germán                                     | <input type="checkbox"/> NR               |
|   | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San |   |
|   | Germán                                     |   |

## Laboratory

Participant ID number (HHID P PID): \_\_\_\_\_P\_\_\_\_\_ Collection date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_\_

- Project flag
- COPA:** Annual follow-up (no symptoms in the last 7 days)
  - COPA\_SYM:** Annual follow-up (fever in the last 7 days)
  - COPA\_SYM\_COUGH:** Annual follow-up (other symptoms without fever in the last 7 days)

- Samples collected:
- |                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Serum 1</b>    | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <b>Serum 2</b>    | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <b>Serum 3</b>    | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <b>Nasal swab</b> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

PARTICIPANT  
BARCODE



## Participante

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha de entrevista: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

Tipo de participante:  Representante hogar  Miembro hogar  Representante hogar solo\*

Número de participante (HHID P PID): \_\_\_\_\_ P\_\_\_\_\_ Discrepancia en el ID:  \_\_\_\_\_

Duerme en esta casa 4 o más noches por semana

No tiene planes de mudarse en los próximos seis meses

\*(Solo complete las secciones de **Participante** y **Representante del Hogar**)

### 1. Nombre de participante:

_____	_____
Primer apellido	Segundo apellido
_____	_____
Nombre	Segundo nombre

2. Fecha de nacimiento: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

3. Sexo:  Femenino  Masculino  Otro  NR

4. (Menores 14–20 años) ¿Es usted un menor emancipado?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, vivo con mis padres                              | <input type="checkbox"/> Sí, casado               |
| <input type="checkbox"/> No, tengo hijos y/o vivo independiente de mis padres | <input type="checkbox"/> Sí, emancipado por leyes |

5. (Adulto 21+/-menor emancipado) Adulto o menor emancipado provee consentimiento escrito:

- Consentimiento escrito
- Acepto proveer mi información de contacto, incluyendo mi número de teléfono
- Acepto responder a la encuesta
- Acepto dar una muestra de sangre
- Acepto dar una muestra de hisopado nasal
- Consentimiento para el almacenamiento de muestras
- Autorizo ser contactado semanalmente para preguntarme si alguien en la casa ha tenido fiebre recientemente y cada año para seguimiento de este estudio u otros estudios futuros

6. (Menores 1–20 años) Padre o guardián legal provee consentimiento escrito:

- Consentimiento escrito
- Encuesta y toma de muestra de sangre
- Toma de muestra de hisopado nasal
- Almacenar muestras

7. (Menores 14–20 años) 14–20 provee asentimiento escrito:

- Asentimiento escrito
- Acepto participar en el estudio (incluyendo responder a la encuesta y dar una muestra de sangre)
- Acepto dar una muestra de hisopado nasal
- Asentimiento para el almacenamiento de muestras

8. (Menores 7–13 años) 7–13 provee asentimiento verbal:

- Asentimiento verbal
- Acepto participar en el estudio

9. (Adultos 21+/menor emancipado o independiente) Dirección postal donde le gustaría recibir los resultados de sus muestras:

_____		_____	
Línea 1		Línea 2	
_____		_____	_____
Ciudad		Estado	Código postal

10. Números de teléfono para ser contactado:

(Marque todas las que apliquen.)

- Llamada celular: \_\_\_\_\_ Compañía: \_\_\_\_\_
- Mensaje de texto: \_\_\_\_\_ Compañía: \_\_\_\_\_
- Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_
- Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_
- Otro teléfono: \_\_\_\_\_

11. (Adulto 21+/menor emancipado o independiente) Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  NR

12. (Adulto 21+/menor emancipado o independiente) ¿Podría proveer información de contacto de otra(s) persona(s) que no están participando en el proyecto COPA? (Si "Sí", pregunte 12.1 a 12.2.)

Sí  No  DC  NR

12.1 Nombre de contacto adicional #1: \_\_\_\_\_

- | <u>Relación</u>                         | <u>Método de contacto</u>                                  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pareja/Cónyuge | <input type="checkbox"/> Llamada celular: _____            |
| <input type="checkbox"/> Padre/Madre    | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto: Compañía: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hijo/a         | <input type="checkbox"/> Teléfono del hogar: _____         |
| <input type="checkbox"/> Otro familiar  | <input type="checkbox"/> Otro teléfono: _____              |
| <input type="checkbox"/> Amigo          |  |

12.2 Nombre de contacto adicional #2: \_\_\_\_\_

- | <u>Relación</u>                         | <u>Método de contacto</u>                                  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pareja/Cónyuge | <input type="checkbox"/> Llamada celular: _____            |
| <input type="checkbox"/> Padre/Madre    | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto: Compañía: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hijo/a         | <input type="checkbox"/> Teléfono del hogar: _____         |
| <input type="checkbox"/> Otro familiar  | <input type="checkbox"/> Otro teléfono: _____              |
| <input type="checkbox"/> Amigo          |  |

# Individual

## Demográficos

**D1.** (SOLO participantes nuevos) ¿Usted se considera latino/a?  Sí  No  DC  NR

**D2.** (SOLO participantes nuevos) ¿Con qué grupo étnico se identifica? (Lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- |   |                                   |                                  |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Dominicano     | <input type="checkbox"/> Haitiano | <input type="checkbox"/> NR      |
| <input type="checkbox"/> Cubano         | <input type="checkbox"/> Otro     |                                  |

**D3.** (SOLO participantes nuevos) ¿Con qué raza o razas se identifica? (Lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca                     | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii o de otra de las islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otras razas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Negra o africana americana | <input type="checkbox"/> Indio americana o nativa de Alaska                   | <input type="checkbox"/> DC                 |
| <input type="checkbox"/> Asiática                   |   | <input type="checkbox"/> NR                 |

**D4.** (5+ años) ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha obtenido? (Lea las opciones si es necesario.)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin escolarización | <input type="checkbox"/> Terminó grado 12/GED                             | <input type="checkbox"/> Algún título profesional  |
| <input type="checkbox"/> Educación especial | <input type="checkbox"/> Algún título universitario de técnico o asociado | <input type="checkbox"/> Algún estudio de posgrado |
| <input type="checkbox"/> Grados 1 a 5       | <input type="checkbox"/> Terminó el bachillerato                          | <input type="checkbox"/> NR                        |
| <input type="checkbox"/> Grados 6 a 8       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Grados 9 a 11      |   |  |

**D5.** (5+ años) ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral actual? (Lea las opciones. Si **trabaja**, pregunte 5.1; si **estudia**, pregunte 5.2. Si **trabaja** y **estudian**, pregunte D5.1 y D5.2.)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado/a tiempo completo                    | <input type="checkbox"/> Estudiando                          | <input type="checkbox"/> Condición de salud/discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Empleado/a tiempo parcial                     | <input type="checkbox"/> Estudiando y trabajando             | <input type="checkbox"/> Desempleado/a                   |
| <input type="checkbox"/> Negocio propio                                | <input type="checkbox"/> Retirado/a                          | <input type="checkbox"/> Otro                            |
| <input type="checkbox"/> Trabajo informal o casual (chiripas/chivitos) | <input type="checkbox"/> Ama de casa/cuidando de un familiar | <input type="checkbox"/> NR                              |

**D5.1.** (Participantes que trabajan) Cuando está trabajando, ¿está adentro, al aire libre o ambos? (Si "Adentro" o "Ambos", pregunte D5.1a-b.)

- |  |                                |                             |
|--|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adentro       | <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Al aire libre |                                |                             |

**D5.1a** ¿En el lugar (o en los lugares) donde trabaja tiene(n) escrínes en buen estado en todas las ventanas y puertas? (Lea las opciones.)

- |   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí, en todas   | <input type="checkbox"/> Sí, en todas las que abrimos | <input type="checkbox"/> DC |
| <input type="checkbox"/> Sí, en algunas | <input type="checkbox"/> No, en ninguna               | <input type="checkbox"/> NR |

**D5.1b** ¿En el lugar (o en los lugares) donde trabaja usa(n) aire acondicionado cuando usted está presente? (Lea las opciones.)

- Sí, de vez en cuando     No, nunca     NR  
 Sí, todo el tiempo

**D5.2.** (Participantes que estudian) Cuando está estudiando, ¿está adentro, al aire libre o ambos? (Si "Adentro" o "Ambos", pregunte D5.2a-b.)

- Adentro     Ambos     NR  
 Al aire libre

**D5.2a** ¿En el lugar (o en los lugares) donde estudia tiene(n) escritas en buen estado en todas las ventanas y puertas? (Lea las opciones.)

- Sí, en todas     Sí, en todas las que     DC  
 Sí, en algunas    abrimos     NR  
 No, en ninguna

**D5.2b** ¿En el lugar (o en los lugares) donde estudia usa(n) aire acondicionado cuando usted está presente? (Lea las opciones.)

- Sí, de vez en cuando     No, nunca     NR  
 Sí, todo el tiempo

---

**D6.** ¿Tiene plan médico actualmente? (Si "Sí", pregunte D6.1.)  Sí  No  DC  NR

**D6.1** Especifique el tipo de plan:

(Lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- Reforma/ Plan Mi     Medicaid     Otro: \_\_\_\_\_  
Salud     Privado     NR  
 Medicare     Tricare

---

**D7.** ¿Cuántos años lleva viviendo en esta comunidad? \_\_\_\_\_ años

---

**D8.** Durante una semana normal, ¿cuántas horas usted pasa fuera de su casa por día (24 hrs)?

Lunes: \_\_\_\_\_ horas    Jueves: \_\_\_\_\_ horas    Sábado: \_\_\_\_\_ horas  
Martes: \_\_\_\_\_ horas    Viernes: \_\_\_\_\_ horas    Domingo: \_\_\_\_\_ horas  
Miércoles: \_\_\_\_\_ horas

---

### Otras Características

---

**C1.** (Solo mujeres 15 a 65 años) ¿Está embarazada? (Si "Sí", pregunte C1.1.)  Sí  No  DC  NR

**C1.1** ¿Cuántas semanas de gestación tiene? \_\_\_\_\_ semanas

---

**C2.** Le voy a mencionar algunas condiciones de salud y me indica si un médico se las ha diagnosticado:

(Lea las opciones. Marque todas las que apliquen).

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión  | <input type="checkbox"/> Enfermedad/<br>condición del hígado           | <input type="checkbox"/> Inmunodepresión u<br>otra                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca   | <input type="checkbox"/> Enfermedad/<br>condición del riñón            | <input type="checkbox"/> inmunodeficiencia                              |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral  | (En diálisis): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Artritis/Artritis<br>reumatoide                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad<br>respiratoria (Especifique:<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Otra enfermedad<br>pulmonar crónica)<br><input type="checkbox"/> NR | <input type="checkbox"/> Enfermedad/<br>desorden sanguíneo             | <input type="checkbox"/> Otra condición<br>reumatológica/<br>autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea   | <input type="checkbox"/> Ansiedad                                      | <input type="checkbox"/> Problemas<br>gastrointestinales                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Depresión                                     | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                                   |
| <input type="checkbox"/> Obesidad  | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico<br>mental o psicológico      | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Triglicéridos o<br>colesterol alto  | <input type="checkbox"/> Enfermedad/<br>condición neurológica          | <input type="checkbox"/> Ninguna  |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física   | <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> DC   |
|  |  | <input type="checkbox"/> NR   |

**C3. En las últimas dos semanas, ¿ha estado en contacto cercano con una persona con algún diagnóstico de...?**

(Lea las opciones. Marque todas las que apliquen).

- |                                    |   |                                  |
|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dengue    | <input type="checkbox"/> Virus/Síndrome viral   | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Coronavirus (COVID-19) | <input type="checkbox"/> DC      |
|                                    |   | <input type="checkbox"/> NR      |

**C4. ¿En los últimos 12 meses, se ha vacunado contra la influenza?**  
(Si "No", pregunte C4.1. o C4.2 de acuerdo con la edad)

Sí  No  DC  NR

**C4.1. Participantes 18+ años/menores emancipados o independientes. ¿Por qué no se vacunó contra la influenza? (No lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)**

- No creo que esta vacuna es segura y/o me preocupan los efectos secundarios/reacciones
- No creo que la vacuna contra la influenza funciona o sea suficientemente efectiva
- No creo en ninguna vacuna
- No me preocupa que me dé influenza
- He escuchado cosas negativas de esta vacuna
- Alguien me dijo que no me la ponga
- No me gustan/me dan miedo las agujas
- Se me olvidó
- Costo
- No sabía dónde conseguirla
- Inconveniente en ir a buscarla
- Tengo una contraindicación
- Otra razón: \_\_\_\_\_
- Ninguna razón/no sé
- No recuerdo
- NR

**C4.2. Participantes menores de 1 a 17 años no emancipados/independientes, pregunte al padre o tutor. ¿Por qué no vacunó a su hijo/a contra la influenza?**

(No lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- No creo que esta vacuna es segura y/o me preocupan los efectos secundarios/reacciones
- No creo que la vacuna contra la influenza funciona o que sea suficientemente efectiva
- No creo en ninguna vacuna
- No me preocupa que le dé influenza
- He escuchado cosas negativas de esta vacuna
- Alguien me dijo que no se la ponga
- No le gustan/le dan miedo las agujas o inyecciones
- Se me olvidó
- Costo
- No sabía dónde conseguirla
- Inconveniente en ir a buscarla
- Tengo una contraindicación
- Otra razón
- Ninguna razón/no sé
- No recuerdo
- NR

**C5.** (Participantes 9 a 17 años) ¿Usted ya ha sido vacunado contra el dengue? (Si "Sí", pregunte C5.1 a C5.3.)  Sí  No  DC  NR

**C5.1** ¿Cual vacuna recibió?

- Dengvaxia  DC  NR
- Otra: \_\_\_\_\_

**C5.2** ¿Cuántas dosis (inyecciones) ha recibido?

- 1 dosis/inyección  3 dosis/inyecciones  NR
- 2 dosis/inyecciones  DC

**C5.3** ¿Cuál es la fecha aproximada en la que recibió la última dosis? m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_  NR

**C6.** En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un resultado positivo al Coronavirus (COVID-19) en una muestra de nariz o garganta o saliva? (Si "Sí", pregunte C6.1.)  Sí  No  DC  NR

**C6.1** Fecha aproximada de la toma de la primera prueba positiva (para la infección más reciente): m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_  NR

**C7.** (Participantes 5+ años) ¿Se ha vacunado contra el COVID-19 (SARS-CoV-2)? (Si "No", pregunte C7.1. Si "Sí", pregunte al participante que le muestre la tarjeta de vacunación u otro documento y pregunte C7.2-C7.10 si aplican.)  Sí  No  DC  NR

**C7.1** ¿Cuáles son las razones por las cuales no se ha vacunado contra COVID-19? (No lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- No creo que esta vacuna es segura y/o me preocupan los efectos secundarios/reacciones

- No creo que la vacuna contra el COVID-19 funcione o que sea suficientemente efectiva
- No creo en ninguna vacuna
- No creo que el COVID-19 es real/existe
- No me preocupa que me dé COVID-19
- Estoy esperando para ver si la vacuna es segura y tal vez me vacunen en el futuro
- He escuchado cosas negativas de esta vacuna
- No me gustan/me dan miedo las agujas
- Necesito más información de cómo funciona esta vacuna
- Necesito consultar con mi doctor
- Costo
- Inconveniente en ir a buscarla
- Tengo una contraindicación
- Otro: \_\_\_\_\_
- DC
- NR

**C7.2 ¿Cuántas dosis (inyecciones) ha recibido?**

- 1 dosis/inyección
- 2 dosis/inyecciones
- 3 dosis/inyecciones
- 4 dosis/inyecciones
- DC
- NR

**C7.3 ¿Cuál es el nombre del fabricante de la primera dosis de la vacuna de COVID-19 que usted recibió?**

- Pfizer
- Moderna
- Johnson & Johnson/Janssen
- Otro: \_\_\_\_\_
- DC
- NR

**C7.4 ¿Cuándo recibió su primera dosis de la vacuna de COVID-19?**

Fecha o estimación más cercana: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_  NR

**C7.5 Entrevistador, favor responder: ¿Qué información, de la primera dosis de la vacuna de COVID-19, fue confirmada mediante la tarjeta de vacunación u otra documentación? (Marque todas las que apliquen.)**

- Fecha de vacunación
- Fabricante
- Ninguna

**C7.6 (Si recibió 2 dosis) ¿Cuál es el nombre del fabricante de la segunda dosis de la vacuna de COVID-19 que usted recibió?**

- Pfizer
- Moderna
- Johnson & Johnson/Janssen
- Otro: \_\_\_\_\_
- DC
- NR

**C7.7 (Si recibió 2 dosis) Cuándo recibió su segunda dosis de la vacuna de COVID-19?**

Fecha o estimación más cercana: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_  NR

**C7.8 (Si recibió 2 dosis) Entrevistador, favor responder: ¿Qué información, de la segunda dosis de la vacuna de COVID-19, fue confirmada mediante la tarjeta de vacunación u otra documentación?**

(Marque todas las que apliquen.)

Fecha de vacunación  Fabricante  Ninguna

**C7.9** (Si recibió 3 dosis) ¿Cuál es el nombre del fabricante de la **tercera** dosis de la vacuna de COVID-19 que usted recibió?

Pfizer  Johnson & Johnson/  DC  
 Moderna  Janssen  NR  
 Otro: \_\_\_\_\_

**C7.10** (Si recibió 3 dosis) Cuándo recibió su **tercera** dosis de la vacuna de COVID-19?

Fecha o estimación más cercana: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_  NR

**C7.11** (Si recibió 3 dosis) Entrevistador, favor responder: ¿Qué información, de la **tercera** dosis de la vacuna de COVID-19, fue confirmada mediante la tarjeta de vacunación u otra documentación?

(Marque todas las que apliquen.)

Fecha de vacunación  Fabricante  Ninguna

**C7.12** (Si recibió 4 dosis) ¿Cuál es el nombre del fabricante de la **cuarta** dosis de la vacuna de COVID-19 que usted recibió?

Pfizer  Johnson & Johnson/  DC  
 Moderna  Janssen  NR  
 Otro: \_\_\_\_\_

**C7.10** (Si recibió 4 dosis) Cuándo recibió su **cuarta** dosis de la vacuna de COVID-19?

Fecha o estimación más cercana: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_  NR

**C7.11** (Si recibió 4 dosis) Entrevistador, favor responder: ¿Qué información, de la **cuarta** dosis de la vacuna de COVID-19, fue confirmada mediante la tarjeta de vacunación u otra documentación?

(Marque todas las que apliquen.)

Fecha de vacunación  Fabricante  Ninguna

---

## Fiebre Actual

---

**F1.** Hoy, o en los últimos 7 días, ¿ha tenido fiebre (incluyendo fiebre medida o no medida)? (Si "Sí", pregunte F1.1–F4.)  Sí  No  DC  NR

**F1.1** Fecha en la que empezó la fiebre: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

---

**F2.** Hoy, o en los últimos 7 días, ¿ha tenido tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, diarrea, dolor en el cuerpo o pérdida de sensación de gusto/olfato?  Sí  No  DC  NR

(Si "Sí", pregunte F2.1–F4. Si "No", "DC" o "NR" en F1 y F2, vaya a H1.)



**F2.1** Fecha en la que empezó el primer síntoma: m \_\_\_\_ /d \_\_\_\_ /a \_\_\_\_

**F3.** En esta enfermedad, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

(Lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal                           | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal   | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones                            |
| <input type="checkbox"/> Tos  | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos   | <input type="checkbox"/> Dolor muscular   |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire/<br>dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Diarrea   | <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas                              |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sensación de gusto y/u olfato   | <input type="checkbox"/> Escalofríos   | <input type="checkbox"/> Sangrado   |
| <input type="checkbox"/> Molestias o dolor en el pecho              | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash   | <input type="checkbox"/> (Menores de <2 años) Más irritable/llanto inconsolable |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta                          | <input type="checkbox"/> Cambios en la piel de los dedos de manos o pies, incluido el cambio de color o ampollas | <input type="checkbox"/> Otra   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                            | <input type="checkbox"/> Cansancio/agotamiento   | <input type="checkbox"/> Ninguno  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos                          |  | <input type="checkbox"/> No responde  |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos                                 |  |   |

**F4.** ¿Consultó a un médico por estos síntomas? (Si "Sí", pregunte F4.1–F4.4.)

Sí  No  DC  NR

**F4.1** ¿Dónde fue atendido? Marque todas las que apliquen.)

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clínica/Oficina médica | <input type="checkbox"/> Hospital/Sala de emergencia                 | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> CDT/Sala de urgencias  | <input type="checkbox"/> Por llamada/telemedicina o videoconferencia | <input type="checkbox"/> NR          |

**F4.2** ¿El médico le diagnosticó alguna de las siguientes enfermedades?

(Marque todas las que apliquen.)

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dengue               | <input type="checkbox"/> Coronavirus (COVID-19)      | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya          | <input type="checkbox"/> Neumonía                    | <input type="checkbox"/> Ninguna     |
| <input type="checkbox"/> Zika                 | <input type="checkbox"/> Otra infección respiratoria | <input type="checkbox"/> NR          |
| <input type="checkbox"/> Virus/Síndrome viral | <input type="checkbox"/> Infección bacteriana        |                                      |
| <input type="checkbox"/> Influenza            |  |                                      |

**F4.3** ¿Estuvo hospitalizado(a)? (Si "Sí", pregunte F4.3a–F4.3b.)

Sí  No  DC  NR

**F4.3a** ¿Cuántos días estuvo hospitalizado(a)? \_\_\_\_\_ días

**F4.3b** ¿En cuál hospital? (Marque todas las que apliquen.)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Médico San Lucas | <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama         | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa     |
| <input type="checkbox"/> Damas                   | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco              | <input type="checkbox"/> Otro hospital: _____ |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal           | <input type="checkbox"/> Concepción/San Germán    | <input type="checkbox"/> NR                   |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila  | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San Germán |   |

**Fiebre Historial (en el último año)**

**H1.** ¿Tuvo (otra) fiebre en los últimos 12 meses, desde este mes del año pasado? (Si "Sí", pregunte H1.1–H5. Si "No", "DC" o "NR", termine la entrevista.)

Sí  No  DC  NR

H1.1 Fecha que empezó la fiebre: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

**H1.2** (SOLO participantes de seguimiento) ¿Reportó esta enfermedad al sistema de vigilancia de COPA por mensaje de texto (o por otro método)?

- |                             |  |                             |
|-----------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No recibo los | <input type="checkbox"/> DC |
| <input type="checkbox"/> No | mensajes de texto                      | <input type="checkbox"/> NR |

H2. En esa enfermedad, ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas?

(Lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal                           | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal   | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones                            |
| <input type="checkbox"/> Tos  | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos   | <input type="checkbox"/> Dolor muscular   |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire/<br>dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Diarrea   | <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas                              |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sensación de gusto y/u olfato   | <input type="checkbox"/> Escalofríos   | <input type="checkbox"/> Sangrado   |
| <input type="checkbox"/> Molestias o dolor en el pecho              | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash   | <input type="checkbox"/> (Menores de <2 años) Más irritable/llanto inconsolable |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta                          | <input type="checkbox"/> Cambios en la piel de los dedos de manos o pies, incluido el cambio de color o ampollas | <input type="checkbox"/> Otra   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                            | <input type="checkbox"/> Cansancio/agotamiento   | <input type="checkbox"/> Ninguno  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos                          |  | <input type="checkbox"/> No responde  |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos                                 |  |   |

H3. ¿Consultó a un médico por estos síntomas? (Si "Sí", pregunte H3.1–H3.4.)

Sí  No  DC  NR

H3.1 ¿Dónde fue atendido? (Marque todas las que apliquen.)

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clínica/Oficina médica | <input type="checkbox"/> Hospital/Sala de emergencia                 | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> CDT/Sala de urgencias  | <input type="checkbox"/> Por llamada/telemedicina o videoconferencia | <input type="checkbox"/> NR          |

**H3.1** ¿El médico le diagnosticó alguna de las siguientes enfermedades?

(Marque todas las que apliquen.)

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dengue               | <input type="checkbox"/> Coronavirus (COVID-19)      | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya          | <input type="checkbox"/> Neumonía                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> Zika                 | <input type="checkbox"/> Otra infección respiratoria | <input type="checkbox"/> Ninguna     |
| <input type="checkbox"/> Influenza            |  | <input type="checkbox"/> NR          |
| <input type="checkbox"/> Virus/Síndrome viral | <input type="checkbox"/> Infección bacteriana        |                                      |

H3.3 ¿Estuvo hospitalizado(a)? (Si "Sí", pregunte H3.3a–H3.3b.)

Sí  No  DC  NR

H3.3a ¿Cuántos días estuvo hospitalizado(a)? \_\_\_\_\_ días

H3.3b ¿En cuál hospital?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Médico San Lucas | <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama         | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa     |
| <input type="checkbox"/> Damas                   | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco              | <input type="checkbox"/> Otro hospital: _____ |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal           | <input type="checkbox"/> Concepción/San Germán    | <input type="checkbox"/> NR                   |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila  | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San Germán |   |

## Laboratorio

Número de participante (HHID P PID): \_\_\_\_\_P\_\_\_\_\_ Fecha de colección: m\_\_\_\_\_/d\_\_\_\_\_/a\_\_\_\_\_

Flag del proyecto:  **COPA:** Seguimiento anual (no síntomas en los últimos 7 días)

**COPA\_SYM:** Seguimiento anual (fiebre en los últimos 7 días)

**COPA\_SYM\_COUGH:** Seguimiento anual (otros síntomas sin fiebre en los últimos 7 días)

Muestras colectadas: **Suero 1**  Sí  No

**Suero 2**  Sí  No

**Suero 3**  Sí  No

**Hisopado nasal**  Sí  No

CÓDIGO DE BARRAS  
DE PARTICIPANTE

**COPA Lab Form - CDC Dengue Branch**  
1324 Calle Cañada, San Juan, PR 00920-3860  
For questions, please contact Chelsea Major  
at (405) 488-8217

- Participante de seguimiento, **COPA**
- Participante nuevo de casa partic., **COPA**
- Participante nuevo de reemplazo, **COPA**
- Participante activo, **COCOVID/AFI**
- Participante nuevo, **COCOVID/AFI**
- Participante no activo, **AFI**

**Patient Data and Specimen Information**

**Participant Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Paternal Last Name      Maternal Last Name      First Name      Middle Name      Month      Day      Year

**Participant ID:** \_\_\_\_\_ P      **HHID (if different from PID):** \_\_\_\_\_ Yes    No

**Cluster:** \_\_\_\_\_

**Collection Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Month      Day      Year



Serum 1

Serum 2

Serum 3

Nasal swab

Notes:

**YEAR 4**

**Project flag:** (*Fever and/or other symptoms\* in last 7 days*)

**COCOVID Combined Visit** (w/COPA annual)

Follow-up (no symptoms): **COPA**

**Symptoms?** No  Yes   
Onset date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Follow-up (fever): **COPA\_SYM**

**AFI Visit:** Initial  Follow-Up

Follow-up (other symptoms\* & no fever): **COPA\_SYM\_COUGH**

AFI (fever): **COPA\_AFI**

**For CDC-DB lab use only**

AFI (other symptoms\* & no fever): **COPA\_AFI\_COUGH**

Both samples hemolyzed,  
NO serologic test done

COCOVID visit (baseline)†: **COPA\_COVID**

OALLID

--	--	--	--	--	--	--	--

COCOVID visit (6, 12, 18, or 24-mo follow-up) †: **COPA\_COVID**

SANID

--	--	--	--	--	--	--	--

\*Other symptoms includes cough, difficulty breathing, sore throat, diarrhea, body pain and/or loss of taste or smell.  
†If COCOVID participant has symptoms, put nasal swab only with separate lab form under COPA\_AFI/COPA\_AFI\_COUGH flag or COPA\_SYM/COPA\_SYM\_COUGH flag (if Combined Visit).

Specimen Label	Specimen Label	Specimen Label	Specimen Label	Specimen Label	Specimen Label
Serum	Serum	Serum	Serum	Serum	Nasal swab

## Mobility

**Interviewer, read the following:** *In this section, we will ask you some questions related to places you spend time at during the week. This information can help us know where people are getting sick with viruses transmitted by mosquitoes and to carry out activities to reduce mosquitoes in those areas. Remember that all this information is confidential.*

1. During a normal week, other than your home, do you spend 5 hours or more somewhere (for example, work, school, or another home)?  Yes  No  UK  NR  
*(Show the list of possible locations if necessary. If "Yes", ask M2.1.)*

- 1.1 Can you list the places you visit where you spend 5 or more hours total per week)? *(Read the options. Mark all that apply.)*  Yes  No  UK  NR

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job  | <input type="checkbox"/> Other house #3<br>(friend, neighbor,<br>parent or other family) | <input type="checkbox"/> Recreational activity    |
| <input type="checkbox"/> Second job   | <input type="checkbox"/> Church  | <input type="checkbox"/> Other place #1:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Third job  | <input type="checkbox"/> Gym   | <input type="checkbox"/> Other place #2:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> University/college   | <input type="checkbox"/> Daycare/childcare   | <input type="checkbox"/> Other place #3:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> School   | <input type="checkbox"/> Supermarket   | <input type="checkbox"/> Other place #4:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Other house #1<br>(friend, neighbor,<br>parent or other<br>family) | <input type="checkbox"/> Other store   |   |
| <input type="checkbox"/> Other house #2<br>(friend, neighbor,<br>parent or other<br>family) | <input type="checkbox"/> Sports activity #1  |   |
|   | <input type="checkbox"/> Sports activity #2  |   |

### Location #1

**Interviewer, mark the first location mentioned:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primary job   | <input type="checkbox"/> Other house #3<br>(friend, neighbor,<br>parent or other family) | <input type="checkbox"/> Recreational activity       |
| <input type="checkbox"/> Second job  | <input type="checkbox"/> Church  | <input type="checkbox"/> Other location #1:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Third job   | <input type="checkbox"/> Gym   | <input type="checkbox"/> Other location #2:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> University/college  | <input type="checkbox"/> Daycare/childcare   | <input type="checkbox"/> Other location #3:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> School  | <input type="checkbox"/> Supermarket   | <input type="checkbox"/> Other location #4:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Other house #1<br>(friend, neighbor,<br>parent or other family) | <input type="checkbox"/> Other store   |  |
| <input type="checkbox"/> Other house #2<br>(friend, neighbor,<br>parent or other family) | <input type="checkbox"/> Sports activity #1  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Sports activity #2  |  |

- M1. Do you visit this location year-round? *(If No, ask question M1.1.)*  Yes  No  UK  NR

M1.1 During what months do you visit this location? *(Mark all that apply.)*

- |                                   |                                 |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> January  | <input type="checkbox"/> May    | <input type="checkbox"/> September |
| <input type="checkbox"/> February | <input type="checkbox"/> June   | <input type="checkbox"/> October   |
| <input type="checkbox"/> March    | <input type="checkbox"/> July   | <input type="checkbox"/> November  |
| <input type="checkbox"/> April    | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> December  |

**M2.** How many days per week do you visit this location? \_\_\_\_\_

**M3.** In the last 3 months, how many hours do you generally spend at this location each week? \_\_\_\_\_ hours

**M4.** When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both?

*(If "Indoor "or "Both", ask questions M4.1-M4.2.*

- Indoors                       Both                       NR  
 Outdoors

**M4.1** Does this location have screens in good condition on all the doors and windows? *(Read the options.)*

- Yes, on all                       Yes, in all that we                       UK  
 Yes, on some                      open                       NR  
 No, in none

**M4.2** Does this location use air conditioning when you are there?

*(Read the options.)*

- Yes, sometimes                       No, never                       NR  
 Yes, all the time

**M5.** Could you show us this location on Google maps? *(If "Yes", open Google maps, find the location and copy the coordinates into M5.1. If "No" or "NR", ask M5.2-M5.3.)*

Yes  No  UK  NR

**M5.1** GPS coordinates: lat \_\_\_\_\_ long \_\_\_\_\_

**M5.2** Do you know the address of this location? *(If "Yes", write the address in M7.3. If "No" or "NR", ask M5.4.)*

Yes  No  UK  NR

**M5.3** Physical address: \_\_\_\_\_

**M5.4** In what area is this location (sector, urb, barrio, comunidad, pueblo)?  
\_\_\_\_\_

## Location #2

**Interviewer, mark the first location mentioned:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primary job  | <input type="checkbox"/> Other house #3<br>(friend, neighbor,<br>parent or other family) | <input type="checkbox"/> Recreational activity       |
| <input type="checkbox"/> Second job   | <input type="checkbox"/> Church  | <input type="checkbox"/> Other location #1:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Third job  | <input type="checkbox"/> Gym   | <input type="checkbox"/> Other location #2:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> University/college   | <input type="checkbox"/> Daycare/childcare   | <input type="checkbox"/> Other location #3:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> School   | <input type="checkbox"/> Supermarket   | <input type="checkbox"/> Other location #4:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Other house #1<br>(friend, neighbor,<br>parent or other<br>family) | <input type="checkbox"/> Other store   |  |
| <input type="checkbox"/> Other house #2<br>(friend, neighbor,<br>parent or other<br>family) | <input type="checkbox"/> Sports activity #1  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Sports activity #2  |  |

**M1.** Do you visit this location year-round? (If No, ask question M1.1.) Yes No UK NR

**M1.1** During what months do you visit this location? (Mark all that apply.)

- |                                   |                                 |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> January  | <input type="checkbox"/> May    | <input type="checkbox"/> September |
| <input type="checkbox"/> February | <input type="checkbox"/> June   | <input type="checkbox"/> October   |
| <input type="checkbox"/> March    | <input type="checkbox"/> July   | <input type="checkbox"/> November  |
| <input type="checkbox"/> April    | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> December  |

**M2.** How many days per week do you visit this location? \_\_\_\_\_

**M3.** In the last 3 months, how many hours do you generally spend at this location each week? \_\_\_\_\_ hours

**M4.** When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both?

(If "Indoor" or "Both", ask questions M4.1-M4.2.)

- |                                   |                               |                             |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indoors  | <input type="checkbox"/> Both | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Outdoors |                               |                             |

**M4.1** Does this location have screens in good condition on all the doors and windows? (Read the options.)

- |                                       |  |                             |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes, on all  | <input type="checkbox"/> Yes, in all that we | <input type="checkbox"/> UK |
| <input type="checkbox"/> Yes, on some | open   | <input type="checkbox"/> NR |
|                                       | <input type="checkbox"/> No, in none         |                             |

**M4.2** Does this location use air conditioning when you are there?

(Read the options.)

- |  |                                    |                             |
|--|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes, sometimes    | <input type="checkbox"/> No, never | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Yes, all the time |                                    |                             |

**M5.** Could you show us this location on Google maps? (Si "Yes", open Google maps, find the location and copy the coordinates into M5.1. If "No" or "NR", ask M5.2-M5.3.) Yes No UK NR

**M5.1** GPS coordinates: lat \_\_\_\_\_ long \_\_\_\_\_

**M5.2** Do you know the address of this location? (If "Yes", write the address in M7.3. If "No" or "NR", ask M5.4.) Yes No UK NR

**M5.3** Physical address: \_\_\_\_\_

**M5.4** In what area is this location (sector, urb, barrio, comunidad, pueblo)?  
\_\_\_\_\_

---

### Location #3

---

*Interviewer, mark the first location mentioned:*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primary job  | <input type="checkbox"/> Other house #3<br>(friend, neighbor,<br>parent or other family) | <input type="checkbox"/> Recreational activity       |
| <input type="checkbox"/> Second job   | <input type="checkbox"/> Church  | <input type="checkbox"/> Other location #1:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Third job  | <input type="checkbox"/> Gym   | <input type="checkbox"/> Other location #2:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> University/college   | <input type="checkbox"/> Daycare/childcare   | <input type="checkbox"/> Other location #3:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> School   | <input type="checkbox"/> Supermarket   | <input type="checkbox"/> Other location #4:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Other house #1<br>(friend, neighbor,<br>parent or other<br>family) | <input type="checkbox"/> Other store   |  |
| <input type="checkbox"/> Other house #2<br>(friend, neighbor,<br>parent or other<br>family) | <input type="checkbox"/> Sports activity #1  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Sports activity #2  |  |

**M1.** Do you visit this location year-round? (If No, ask question M1.1.)

Yes No UK NR

**M1.1** During what months do you visit this location? (Mark all that apply.)

- |                                   |                                 |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> January  | <input type="checkbox"/> May    | <input type="checkbox"/> September |
| <input type="checkbox"/> February | <input type="checkbox"/> June   | <input type="checkbox"/> October   |
| <input type="checkbox"/> March    | <input type="checkbox"/> July   | <input type="checkbox"/> November  |
| <input type="checkbox"/> April    | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> December  |

**M2.** How many days per week do you visit this location? \_\_\_\_\_

**M3.** In the last 3 months, how many hours do you generally spend at this location each week? \_\_\_\_\_ hours

**M4.** When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both?

(If "Indoor" or "Both", ask questions M4.1-M4.2.)

- |                                   |                               |                             |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indoors  | <input type="checkbox"/> Both | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Outdoors |                               |                             |

**M4.1** Does this location have screens in good condition on all the doors and windows? (Read the options.)

- |                                       |  |                             |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes, on all  | <input type="checkbox"/> Yes, in all that we<br>open | <input type="checkbox"/> UK |
| <input type="checkbox"/> Yes, on some | <input type="checkbox"/> No, in none                 | <input type="checkbox"/> NR |

**M4.2** Does this location use air conditioning when you are there?

(Read the options.)

- |  |                                    |                             |
|--|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes, sometimes    | <input type="checkbox"/> No, never | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Yes, all the time |                                    |                             |

**M5.** Could you show us this location on Google maps? (If "Yes", open Google maps, find the location and copy the coordinates into M5.1. If "No" or "NR", ask M5.2-M5.3.)

Yes No UK NR

**M5.1** GPS coordinates: lat \_\_\_\_\_ long \_\_\_\_\_

**M5.2** Do you know the address of this location? (If "Yes", write the address in M7.3. If "No" or "NR", ask M5.4.)

Yes No UK NR

**M5.3** Physical address: \_\_\_\_\_



**M5.4** In what area is this location (sector, urb, barrio, comunidad, pueblo)?

\_\_\_\_\_

---

**Location #4**

---

**Interviewer, mark the first location mentioned:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primary job        | <input type="checkbox"/> Other house #3     | <input type="checkbox"/> Recreational activity |
| <input type="checkbox"/> Second job         | (friend, neighbor,                          | <input type="checkbox"/> Other location #1:    |
| <input type="checkbox"/> Third job          | parent or other family)                     | _____  |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Church             | <input type="checkbox"/> Other location #2:    |
| <input type="checkbox"/> School             | <input type="checkbox"/> Gym                | _____  |
| <input type="checkbox"/> Other house #1     | <input type="checkbox"/> Daycare/childcare  | <input type="checkbox"/> Other location #3:    |
| (friend, neighbor,                          | <input type="checkbox"/> Supermarket        | _____  |
| parent or other                             | <input type="checkbox"/> Other store        | <input type="checkbox"/> Other location #4:    |
| family)                                     | <input type="checkbox"/> Sports activity #1 | _____  |
| <input type="checkbox"/> Other house #2     | <input type="checkbox"/> Sports activity #2 |  |
| (friend, neighbor,                          |   |  |
| parent or other                             |   |  |
| family)                                     |   |  |

---

**M1.** Do you visit this location year-round? *(If No, ask question M1.1.)*

Yes  No  UK  NR

**M1.1** During what months do you visit this location? *(Mark all that apply.)*

- |                                   |                                 |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> January  | <input type="checkbox"/> May    | <input type="checkbox"/> September |
| <input type="checkbox"/> February | <input type="checkbox"/> June   | <input type="checkbox"/> October   |
| <input type="checkbox"/> March    | <input type="checkbox"/> July   | <input type="checkbox"/> November  |
| <input type="checkbox"/> April    | <input type="checkbox"/> August | <input type="checkbox"/> December  |

---

**M2.** How many days per week do you visit this location? \_\_\_\_\_

---

**M3.** In the last 3 months, how many hours do you generally spend at this location each week? \_\_\_\_\_ hours

---

**M4.** When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both? *(If "Indoor" or "Both", ask questions M4.1-M4.2.)*

- |                                   |                               |                             |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indoors  | <input type="checkbox"/> Both | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Outdoors |                               |                             |

**M4.1** Does this location have screens in good condition on all the doors and windows? *(Read the options.)*

- |                                       |  |                             |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes, on all  | <input type="checkbox"/> Yes, in all that we | <input type="checkbox"/> UK |
| <input type="checkbox"/> Yes, on some | open   | <input type="checkbox"/> NR |
|                                       | <input type="checkbox"/> No, in none         |                             |

**M4.2** Does this location use air conditioning when you are there? *(Read the options.)*

- |  |                                    |                             |
|--|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes, sometimes    | <input type="checkbox"/> No, never | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Yes, all the time |                                    |                             |
-

**M5.** Could you show us this location on *Google maps*? (Si **“Yes”**, open *Google maps*, find the location and copy the coordinates into M5.1. If **“No”** or **“NR”**, ask M5.2–M5.3.)

Yes No UK NR

**M5.1** GPS coordinates: lat \_\_\_\_\_ long \_\_\_\_\_

**M5.2** Do you know the address of this location? (If **“Yes”**, write the address in M7.3. If **“No”** or **“NR”**, ask M5.4.)

Yes No UK NR

**M5.3** Physical address: \_\_\_\_\_

**M5.4** In what área is this location (sector, urb, barrio, comunidad, pueblo)?

\_\_\_\_\_

---

## Movilidad

**Entrevistador, lea lo siguiente:** *Ahora le haré preguntas relacionadas con los lugares donde usted pasa tiempo durante la semana. Esta información nos puede ayudar a saber en dónde las personas se enferman con virus que transmiten los mosquitos. Recuerde que esta información es confidencial.*

**1.** Durante una semana normal, con excepción de su casa, ¿usted pasa 5 horas o más en algún lugar por ejemplo, trabajo, escuela, u otra casa)? (Muestre la lista de posibles ubicaciones si es necesario. Si "Sí", pregunte M2.1.)  Sí  No  DC  NR

**1.1** ¿Puede mencionar lugares específicos donde usted pasa 5 horas o más por semana? (Lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)  Sí  No  DC  NR

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal                                   | <input type="checkbox"/> Otra casa #3 (amigo, vecino, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo                                     | <input type="checkbox"/> Iglesia   | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____    |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo                                      | <input type="checkbox"/> Gimnasio  | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____    |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio                                 | <input type="checkbox"/> Cuido   | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____    |
| <input type="checkbox"/> Escuela   | <input type="checkbox"/> Supermercado  | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____    |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #1 (amigo, vecino, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda                               |  |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #2 (amigo, vecino, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva #1                              |  |
|  | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva #2                              |  |

### Lugar #1

**Entrevistador, marque el primero lugar mencionado.**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal                                   | <input type="checkbox"/> Otra casa #3 (amigo, vecino, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo                                     | <input type="checkbox"/> Iglesia   | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____    |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo                                      | <input type="checkbox"/> Gimnasio  | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____    |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio                                 | <input type="checkbox"/> Cuido   | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____    |
| <input type="checkbox"/> Escuela   | <input type="checkbox"/> Supermercado  | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____    |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #1 (amigo, vecino, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda                               |  |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #2 (amigo, vecino, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva #1                              |  |
|  | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva #2                              |  |

**M1.** ¿Visita este lugar durante todo el año? (Si "No", pregunte M1.1.)  Sí  No  DC  NR

**M1.1** ¿En cuáles meses visita este lugar? (Marque todas las que apliquen.)

- |                                  |                                |                                     |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enero   | <input type="checkbox"/> Mayo  | <input type="checkbox"/> Septiembre |
| <input type="checkbox"/> Febrero | <input type="checkbox"/> Junio | <input type="checkbox"/> Octubre    |
| <input type="checkbox"/> Marzo   | <input type="checkbox"/> Julio | <input type="checkbox"/> Noviembre  |

Abril

Agosto

Diciembre

**M2.** ¿Cuántos días en la semana visita este lugar? \_\_\_\_\_

**M3.** En los últimos tres meses, en una semana normal, ¿cuántas horas pasa en este lugar? \_\_\_\_\_ horas

**M4.** Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? (Si "Adentro" o "Ambos", pregunte M4.1–M4.2.)

- Adentro                       Ambos                       NR  
 Al aire libre

**M4.1** ¿Este lugar tiene escritines en buen estado en todas las ventanas y puertas? (Lea las opciones.)

- Sí, en todas                       Sí, en todas las que                       DC  
 Sí, en algunas                      abrimos                       NR  
 No, en ninguna

**M4.2** ¿Este lugar usa aire acondicionado cuando usted está presente? (Lea las opciones.)

- Sí, de vez en cuando                       No, nunca                       NR  
 Sí, todo el tiempo

**M5.** ¿Nos podría enseñar este lugar en Google maps? (Si "Sí", abra Google maps, ubique el lugar y copiar las coordenadas en M5.1. Si "No" o "NR", pregunte M5.2–M5.3.)

Sí    No    DC    NR

**M5.1** Coordenadas GPS: lat \_\_\_\_\_ long \_\_\_\_\_

**M5.2** ¿Usted sabe la dirección de este lugar? (Si "Sí", escriba la dirección en M7.3. Si "No" o "NR", pregunte M5.4.)

Sí    No    DC    NR

**M5.3** Dirección física: \_\_\_\_\_

**M5.4** ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad, pueblo)?  
\_\_\_\_\_

## Lugar #2

**Entrevistador, marque el primero lugar mencionado.**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal                                   | <input type="checkbox"/> Otra casa #3          | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo                                     | (amigo, vecino, padre u otro familiar)         | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____    |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo                                      |  | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____    |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio                                 | <input type="checkbox"/> Iglesia               | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____    |
| <input type="checkbox"/> Escuela   | <input type="checkbox"/> Gimnasio              | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____    |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #1 (amigo, vecino, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Cuido                 |  |
|  | <input type="checkbox"/> Supermercado          |  |
|  | <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda |  |

- Otra casa #2 (amigo, vecino, padre u otro familiar)       Actividad deportiva #1  
 Actividad deportiva #2

**M1.** ¿Visita este lugar durante todo el año? (Si "No", pregunte M1.1.)

Sí  No  DC  NR

**M1.1** ¿En cuáles meses visita este lugar? (Marque todas las que apliquen.)

- Enero                       Mayo                       Septiembre  
 Febrero                     Junio                       Octubre  
 Marzo                       Julio                       Noviembre  
 Abril                         Agosto                     Diciembre

**M2.** ¿Cuántos días en la semana visita este lugar? \_\_\_\_\_

**M3.** En los últimos tres meses, en una semana normal, ¿cuántas horas pasa en este lugar? \_\_\_\_\_ horas

**M4.** Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? (Si "Adentro" o "Ambos", pregunte M4.1-M4.2.)

- Adentro                       Ambos                       NR  
 Al aire libre

**M4.1** ¿Este lugar tiene escrines en buen estado en todas las ventanas y puertas? (Lea las opciones.)

- Sí, en todas                       Sí, en todas las que       DC  
 Sí, en algunas                    abrimos                       NR  
 No, en ninguna

**M4.2** ¿Este lugar usa aire acondicionado cuando usted está presente? (Lea las opciones.)

- Sí, de vez en cuando       No, nunca                       NR  
 Sí, todo el tiempo

**M5.** ¿Nos podría enseñar este lugar en Google maps? (Si "Sí", abra Google maps, ubique el lugar y copiar las coordenadas en M5.1. Si "No" o "NR", pregunte M5.2-M5.3.)

Sí  No  DC  NR

**M5.1** Coordenadas GPS: lat \_\_\_\_\_ long \_\_\_\_\_

**M5.2** ¿Usted sabe la dirección de este lugar? (Si "Sí", escriba la dirección en M7.3. Si "No" o "NR", pregunte M5.4.)

Sí  No  DC  NR

**M5.3** Dirección física: \_\_\_\_\_

**M5.4** ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad, pueblo)?

\_\_\_\_\_

**Lugar #3**

**Entrevistador, marque el primero lugar mencionado.**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal                           | <input type="checkbox"/> Iglesia                 | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo                             | <input type="checkbox"/> Gimnasio                | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo                              | <input type="checkbox"/> Cuido                   | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio                         | <input type="checkbox"/> Supermercado            | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Escuela                                     | <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda   |  |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #1 (amigo, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva #1  |  |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #2 (amigo, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva #2  |  |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #3 (amigo, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas |  |

**M1.** ¿Visita este lugar durante todo el año? (Si "No", pregunte M1.1.)  Sí  No  DC  NR

**M1.1** ¿En cuáles meses visita este lugar? (Marque todas las que apliquen.)

- |                                  |                                 |                                     |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enero   | <input type="checkbox"/> Mayo   | <input type="checkbox"/> Septiembre |
| <input type="checkbox"/> Febrero | <input type="checkbox"/> Junio  | <input type="checkbox"/> Octubre    |
| <input type="checkbox"/> Marzo   | <input type="checkbox"/> Julio  | <input type="checkbox"/> Noviembre  |
| <input type="checkbox"/> Abril   | <input type="checkbox"/> Agosto | <input type="checkbox"/> Diciembre  |

**M2.** ¿Cuántos días en la semana visita este lugar? \_\_\_\_\_

**M3.** En los últimos tres meses, en una semana normal, ¿cuántas horas pasa en este lugar? \_\_\_\_\_ horas

**M4.** Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? (Si "Adentro" o "Ambos", pregunte M4.1–M4.2.)

- |  |                                |                             |
|--|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adentro       | <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Al aire libre |                                |                             |

**M4.1** ¿Este lugar tiene escrines en buen estado en todas las ventanas y puertas? (Lea las opciones.)

- |   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí, en todas   | <input type="checkbox"/> Sí, en todas las que abrimos | <input type="checkbox"/> DC |
| <input type="checkbox"/> Sí, en algunas | <input type="checkbox"/> No, en ninguna               | <input type="checkbox"/> NR |

**M4.2** ¿Este lugar usa aire acondicionado cuando usted está presente? (Lea las opciones.)

- |   |                                    |                             |
|---|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí, de vez en cuando | <input type="checkbox"/> No, nunca | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Sí, todo el tiempo   |                                    |                             |

**M5.** ¿Nos podría enseñar este lugar en Google maps? (Si "Sí", abra Google maps, ubique el lugar y copiar las coordenadas en M5.1. Si "No" o "NR", pregunte M5.2-M5.3.)  Sí  No  DC  NR

**M5.1** Coordenadas GPS: lat \_\_\_\_\_ long \_\_\_\_\_

**M5.2** ¿Usted sabe la dirección de este lugar? (Si "Sí", escriba la dirección en M7.3. Si "No" o "NR", pregunte M5.4.)  Sí  No  DC  NR

**M5.3** Dirección física: \_\_\_\_\_

**M5.4** ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad, pueblo)?  
\_\_\_\_\_

---

#### Lugar #4

---

**Entrevistador, marque el primero lugar mencionado.**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal                           | <input type="checkbox"/> Iglesia                 | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo                             | <input type="checkbox"/> Gimnasio                | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo                              | <input type="checkbox"/> Cuido                   | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio                         | <input type="checkbox"/> Supermercado            | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Escuela                                     | <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda   |  |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #1 (amigo, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva #1  |  |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #2 (amigo, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva #2  |  |
| <input type="checkbox"/> Otra casa #3 (amigo, padre u otro familiar) | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas |  |

---

**M1.** ¿Visita este lugar durante todo el año? (Si "No", pregunte M1.1.)

Sí  No  DC  NR

**M1.1** ¿En cuáles meses visita este lugar? (Marque todas las que apliquen.)

- |                                  |                                 |                                     |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enero   | <input type="checkbox"/> Mayo   | <input type="checkbox"/> Septiembre |
| <input type="checkbox"/> Febrero | <input type="checkbox"/> Junio  | <input type="checkbox"/> Octubre    |
| <input type="checkbox"/> Marzo   | <input type="checkbox"/> Julio  | <input type="checkbox"/> Noviembre  |
| <input type="checkbox"/> Abril   | <input type="checkbox"/> Agosto | <input type="checkbox"/> Diciembre  |

---

**M2.** ¿Cuántos días en la semana visita este lugar? \_\_\_\_\_

---

**M3.** En los últimos tres meses, en una semana normal, ¿cuántas horas pasa en este lugar? \_\_\_\_\_ horas

---

**M4.** Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? (Si "Adentro" o "Ambos", pregunte M4.1–M4.2.)

- |  |                                |                             |
|--|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adentro       | <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Al aire libre |                                |                             |

**M4.1** ¿Este lugar tiene escrines en buen estado en todas las ventanas y puertas? (Lea las opciones.)

- |   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí, en todas   | <input type="checkbox"/> Sí, en todas las que abrimos | <input type="checkbox"/> DC |
| <input type="checkbox"/> Sí, en algunas | <input type="checkbox"/> No, en ninguna               | <input type="checkbox"/> NR |

**M4.2** ¿Este lugar usa aire acondicionado cuando usted está presente? (Lea las opciones.)

- |   |                                    |                             |
|---|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí, de vez en cuando | <input type="checkbox"/> No, nunca | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Sí, todo el tiempo   |                                    |                             |
-

**M5.** ¿Nos podría enseñar este lugar en *Google maps*? (Si “**Sí**”, abra *Google maps*, ubique el lugar y copie las coordenadas en M5.1. Si “**No**” o “**NR**”, pregunte M5.2–M5.3.)

Sí  No  DC  NR

**M5.1** Coordenadas GPS: lat \_\_\_\_\_ long \_\_\_\_\_

**M5.2** ¿Usted sabe la dirección de este lugar? (Si “**Sí**”, escriba la dirección en M7.3. Si “**No**” o “**NR**”, pregunte M5.4.)

Sí  No  DC  NR

**M5.3** Dirección física: \_\_\_\_\_

**M5.4** ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad, pueblo)?

\_\_\_\_\_

---

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 10 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA 0920-1254.



## KAP (Adults & Adolescents 14+ years)

Interviewer name: \_\_\_\_\_

Interview date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

Participant ID number (HHID P PID): \_\_\_\_\_P\_\_\_\_\_

**Interviewer, read the following:** *In this section, there are questions about your knowledge and behaviors about mosquitoes, dengue virus, vaccines, and daily routine. There are no correct or incorrect answers. We just want to know your opinions and experiences.*

**1. Where do mosquitoes bite you most frequently?**

*(Read the options. Mark all that apply.)*

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Around the house | <input type="checkbox"/> Community sports field       | <input type="checkbox"/> Other place outside the community                 |
| <input type="checkbox"/> Inside the house | <input type="checkbox"/> Other place in the community | <input type="checkbox"/> They don't bite me <i>(If marked, skip to 3.)</i> |
| <input type="checkbox"/> Work             |   | <input type="checkbox"/> NR  |
| <input type="checkbox"/> School           |   |  |

**2. In the last month, how frequently were you bitten by mosquitoes?**

*(Read the options if necessary.)*

- |  |                                 |                                |
|--|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Daily           | <input type="checkbox"/> Weekly | <input type="checkbox"/> Never |
| <input type="checkbox"/> Once in a while | <input type="checkbox"/> Rarely | <input type="checkbox"/> NR    |

**3. Have you ever had dengue? (If "No" or "UK", ask 3.1.)**

Yes  No  UK  NR

**3.1 Have you known anyone who had dengue?**

Yes  No  UK  NR

**4. Do you think that dengue can be serious and cause death?**

Yes  No  UK  NR

**5. (18+ years only) If there is an approved dengue vaccine and available to people of their age in Puerto Rico, free of charge or at low cost (\$ 10 or less), would you get vaccinated? (If "No" or "UK", ask 5.1.)**

Yes  No  UK  NR

**5.1 What are the reasons why you would not be interested or not sure if you would be interested in getting vaccinated against dengue?**

*(Do not read the options. Mark all that apply.)*

- I do not think this vaccine is safe and / or I am concerned about the effects side/reactions
- I don't think the dengue vaccine works or is effective enough
- I don't believe in any vaccine
- I'm not worried about getting dengue
- I have heard negative things about this vaccine
- I don't like / fear needles
- I need more information about how this vaccine works
- I need more information on the use of this vaccine in other places
- I need to see my doctor
- Cost
- Other: \_\_\_\_\_
- DC
- NR

6. (21+/emancipated or independent minor) Do you have children under 18 years of age? (If "Yes", ask 6.1 to 6.2.)

Yes No UK NR

6.1 Thinking about the next 12 months, how much risk do you think your child (ren) has of becoming ill with dengue?

- High
- Low
- None
- None because they have already been vaccinated
- None because they already had it
- NR

6.2 Did you know that a dengue vaccine called Dengvaxia was recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) from the United States in June 2021 for children ages 9 to 16 living in area where dengue is common?: (If "Yes" or "UK", ask 6.3. If "No" or "NR", go to and read the paragraph below.)

Yes No UK NR

6.3 Have you vaccinated your children with Dengvaxia vaccine? (If "Yes", go to question 7. If "No", "UK", or "NR", read the paragraph below.)

Yes No UK NR

Interviewer, read the following:

- In 2019, a dengue vaccine called Dengvaxia was approved by the US Food and Drug Administration (FDA). In 2021, the vaccine was recommended by the United States Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), which is a group of medical experts in vaccination.
- The vaccine is recommended for children ages 9 to 16 **who have had dengue in the past** and live in areas where dengue is common, including Puerto Rico. There are four different types of dengue virus (dengue 1, 2, 3, and 4), and people can get dengue up to 4 times in their lives. During a second dengue infection, children have a higher chance of developing severe dengue, compared to the first, third, and fourth infections.
- In children who had dengue before vaccination, Dengvaxia protects 80% against a new disease with another type of dengue or serious illness due to any type of dengue. In children who have not had dengue in the past, Dengvaxia may increase the risk of severe dengue and future hospitalizations for dengue.
- To receive Dengvaxia, children need a laboratory blood test to see if they had dengue in the past. Your pediatrician would order the test. If the test result is positive, your child can be vaccinated with Dengvaxia.
- The vaccine requires three doses, each six months apart (at 0, 6 and 12 months). The most common side effects of Dengvaxia include itching or pain at the injection site, muscle pain, headaches, lack of energy, and general malaise.

6.4 After receiving this information, would you vaccinate your child/children with Dengvaxia if they were eligible for the vaccine? (If "No" or "I don't know", ask 6.5; if "Yes" or "NR", go to question 7.)

Yes No UK NR

**6.5** What are the reasons why you would not be interested or unsure if you would be interested in a dengue vaccine for your children?

*(Do not read the options. Mark all that apply.)*

- I don't think this vaccine is safe and / or I'm concerned about side effects/reactions
- Since the vaccine is new, I am concerned about long-term side effects
- I am concerned that the vaccine is only for children.
- I think the vaccine will increase the probability that my child / children will get dengue/a case of severe dengue
- I don't think the lab test works or is effective enough
- I don't think this vaccine works or is effective enough
- I don't believe in any vaccines
- I do not believe that my children are at risk of contracting dengue
- I am not concerned that my children have dengue
- They had dengue several times
- I have heard negative things about this vaccine
- My children don't like/are afraid of needles
- I need more information about how this vaccine works
- I need more information on the use of this vaccine in other places
- I need to consult with your doctor
- Cost of the vaccine
- Cost of laboratory test
- I do not want, or it is difficult to do a laboratory test before getting vaccinated
- I do not want or it is difficult to give my children three doses of the vaccine
- Other: \_\_\_\_\_
- UK
- NR

**7.** Do you think that COVID-19 can be serious and cause death?

Yes No UK NR

**8.** Thinking about the next 12 months, do you think your risk of getting sick with COVID-19 is: *(Read the options.)*

- High
- Low
- None
- NR

**9.** *(Parents of children under the age of 18 only)* Thinking about the next 12 months, do you think your child's risk of getting sick with Covid-19 is: *(Read the options.)*

- High
- Low
- None
- None because they have already been vaccinated
- None because they already had it
- NR

**Depression and Anxiety (18+ years)**

*Interviewer read the following: Sometimes people can feel slightly uncomfortable with the following questions. We ask these questions because we want to understand how the diseases we study can*

affect people's moods. Remember that your answers are confidential. If there is a question in this section that you do not want to answer, you do not have to.

During the past 2 weeks, how often have the following problems bothered you ...?

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>10.</b> (PHQ) Little interest or pleasure in doing things? (Read the options.)</p> <p><input type="checkbox"/> Never                      <input type="checkbox"/> More than half of the days                      <input type="checkbox"/> Almost every day</p> <p><input type="checkbox"/> Some days                      <input type="checkbox"/> NR</p>            |  |
| <p><b>11.</b> (PHQ) Feeling down, depressed, or hopeless? (Read the options.)</p> <p><input type="checkbox"/> Never                      <input type="checkbox"/> More than half of the days                      <input type="checkbox"/> Almost every day</p> <p><input type="checkbox"/> Some days                      <input type="checkbox"/> NR</p>                   |  |
| <p><b>12.</b> (GAD) Feeling nervous, anxious, or on edge? (Read the options.)</p> <p><input type="checkbox"/> Never                      <input type="checkbox"/> More than half of the days                      <input type="checkbox"/> Almost every day</p> <p><input type="checkbox"/> Some days                      <input type="checkbox"/> NR</p>                   |  |
| <p><b>13.</b> (GAD)... ¿Have you been able to stop or control your worrying? (Read the options)</p> <p><input type="checkbox"/> Never                      <input type="checkbox"/> More than half of the days                      <input type="checkbox"/> Almost every day</p> <p><input type="checkbox"/> Some days                      <input type="checkbox"/> NR</p> |  |

## Acceptability of Potential Mosquito Control Activities

**Introduction:** In this section, we will discuss various methods to control *Aedes aegypti* mosquitos, which can transmit diseases such as dengue, Zika, and chikungunya. These mosquito control methods are used at different stages in the mosquito life cycle, so we will begin by explaining the mosquito life cycle:

*Interviewer:* Explain here the *Aedes aegypti* mosquito life cycle, using the visual aid card or the video of the *Aedes aegypti* mosquito life cycle. If using the visual aid card, read the script below.

- It is a dark-colored mosquito, with white bands on its legs and body. It likes to be close to people, inside and outside houses.
- *Aedes aegypti* mosquitos bite mainly during daytime, although they will bite at night under artificial lighting.
- Only female mosquitos bite, they need to obtain blood to produce their eggs. Male mosquitoes don't bite.
- Female mosquitoes lay their eggs on the walls of any water-holding container, inside or outside homes.
- Eggs can survive up to 8 months stuck to the walls of containers where they are laid.
- When eggs come in contact with in water, larvae hatch.
- Larvae live in water where they feed and become pupae in as little as 5 days and stay near the surface where they breathe.
- After 2 to 3 days, pupae become adult flying mosquitoes.
- It can take just 7 to 10 days for an egg to become an adult mosquito.

Now we will talk about some methods used to control mosquitos. I will briefly explain each method. All of these methods have been used previously in the United States, Puerto Rico, or in other countries. I would like to know if you think these actions could be useful in your community. There are no right or wrong answers, I would just like to know your opinion.

---

### Sterile Insect Technique

**Interviewer read the following:**

- Sterile Insect Technique is a method to control insects and has been used for lots of different insect species.
- It does not pose a risk to humans or other animals or insects as by its nature this technique is species specific and it has been widely and successfully used within agriculture.
- The principle for the sterile insect technique involves releasing lots of sterile male insects to compete with the fertile wild male insects.
- When a female mates with an introduced sterile male there is no new generation and the population of the insects will decrease. In some cases, it has been possible to eliminate insects using this technique in agriculture.
- In mosquitoes, there are different ways of making the males sterile. Examples include: genetic modification, and using the introduction of a bacteria. Both of these are created in the lab before taking them to the field.

Large numbers (many thousands) of sterile mosquitoes need to be released periodically in order to keep the number of sterile males stable within a population. **Now we will discuss two ways of using sterile insect technique in mosquitoes.**

1. Have you ever heard of male genetically modified (GM) mosquitoes

Yes |  No |  Doesn't know |  No response

*Interviewer: Show the visual aid for male GM mosquitoes.*

**Interviewer read the following:**

- In this method, male genetically modified mosquitoes are released. Male mosquitoes do not bite. Female mosquitoes are not released.
- The use of genetically modified mosquitoes is safe for people, animals, and the environment.
- GM male mosquitoes have been used in Brasil, Panama, and Cayman Islands.
- Genetically modified mosquitoes are mosquitoes that have had part of their genetic information changed in a laboratory.
- These male mosquitoes mate with wild females and pass to their offspring a gene that prevents larvae and pupae from developing normally. In this way, larvae and pupae die before they become adult mosquitoes.
- This technique requires the release of lots of male GM mosquitoes. These mosquitoes need to be released several times per week for an ongoing period of time to keep the mosquito populations low.
- Mosquito population will eventually increase again when the releases of genetically modified mosquitoes stop.
- At present, they have not been evaluated in the US, but permissions have been requested for evaluations to take place in a number of states in the US.

13. Would you support the use of male genetically modified mosquitoes

*Interviewer: Read the responses.*

- Support
- Neutral
- Oppose
- No response



14. What are the reasons you oppose

*Interviewer: Do not suggest responses. Choose all reasons mentioned below. Use "other" for reasons not listed.*

- Environmental impact
- Wild animal health
- Human health
- Pet health
- Don't think it is/would be effective in this community
- Not a community priority/arboviruses are not a concern here
- Concerned about safety of use of GM mosquitoes
- GM mosquitoes could transmit their genes to other mosquitoes, people, or animals
- Other: \_\_\_\_\_

2. Have you ever heard of mosquitoes with Wolbachia

Yes |  No |  Doesn't know |  No response

**Interviewer read the following:**

- Wolbachia is a bacterium that lives inside many insects, including some mosquito species.
- Wolbachia does not cause disease in humans and its use is safe for people, animals and the environment.
- There are many types of Wolbachia. Some types of Wolbachia can be used to control Aedes aegypti mosquitoes and the viruses they transmit.
- Since this type of Wolbachia has not been found in Aedes aegypti mosquitoes, scientists have introduced this bacterium in the mosquitoes in a laboratory.

**Mosquitoes with *Wolbachia* can be used in two different ways.**

*Interviewer: Show the visual aid for male mosquitoes with Wolbachia.*

**Interviewer read the following:**

- This technique can be used releasing **only male** *Aedes aegypti* mosquitoes carrying Wolbachia. Male mosquitoes do not bite. Female mosquitoes carrying Wolbachia are not released. When it is used this way, it is considered a sterile insect technique.
- Male mosquitoes with Wolbachia have been used in California and the Florida Keys and have been approved for evaluation in Miami, FL.
- When male mosquitoes carrying Wolbachia mate with wild females without Wolbachia, these female mosquitoes without Wolbachia lay their eggs, but these don't hatch.
- This technique requires the release of lots of male mosquitoes with Wolbachia. These mosquitoes need to be released several times per week for a prolonged period to keep the mosquito populations low.
- Mosquito population will eventually increase again when the releases of mosquitoes carrying Wolbachia stop.

**1a. Would you support the use of male mosquitoes with Wolbachia?**

*Interviewer: Read the responses.*

- Support
- Neutral
- Oppose
- No response



**1b. What are the reasons you oppose**

*Interviewer: Do not suggest responses. Choose all reasons mentioned below. Use "other" for reasons not listed.*

- Environmental impact
- Wild animal health
- Human health
- Pet health
- Don't think it is/would be effective in this community
- Not a community priority/arboviruses are not a concern here
- Concerned about safety of use of mosquitoes with *Wolbachia*
- Other: \_\_\_\_\_

---

For the interviewer: Show illustration of male and female mosquito with Wolbachia

**Interviewer read the following:**

- There is another way to use Wolbachia, which is not a sterile insect technique, in which male and female *Aedes aegypti* mosquitoes with Wolbachia are released into the environment.
- When the female mosquito with Wolbachia mates with a male mosquito with or without Wolbachia, the bacteria are passed through the female to her offspring from generation to generation.
- Over time, the number of mosquitoes with Wolbachia increases and replaces the mosquitoes in the environment without the bacteria.
- After releasing them many times over a period of several months, the mosquito population with Wolbachia will remain without having to release more of these mosquitoes.
- Mosquitoes with Wolbachia are less capable of transmitting disease.
- There will still be mosquitoes in the community as the intention of this method is not to reduce the number of mosquitoes but to reduce the risk of epidemics.
- • This technology has been used in Colombia, Brazil and other countries. Currently, there are no defined rules for the use of male and female mosquitoes with Wolbachia, in the United States.

**1c. Would you support the use of male and female mosquitoes with Wolbachia?**

*Interviewer: Read the responses.*

- Support
- Neutral
- Oppose
- No response



11. What are the reasons you oppose?

*Interviewer: Do not suggest responses. Choose all reasons mentioned below. Use "other" for reasons not listed.*

- Environmental impact
- Wild animal health
- Human health
- Pet health
- Don't think it is/would be effective in this community
- Not a community priority/arboviruses are not a concern here
- Concerned about safety of use of mosquitoes with *Wolbachia*
- Other: \_\_\_\_\_



## KAP (Adultos y Adolescentes 14+ años)

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha de entrevista: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

Numero de participante (HHID P PID): \_\_\_\_\_ P\_\_\_\_\_

*Entrevistador, lea lo siguiente: En esta sección, hay preguntas acerca de sus conocimientos y comportamientos acerca de los mosquitos, el virus del dengue, vacunas y rutina diaria. No hay respuestas correctas o incorrectas. Solo queremos saber sus opiniones y experiencias.*

1. ¿En qué lugar se encuentra cuando más le pican los mosquitos?

(Lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alrededor de la casa | <input type="checkbox"/> La cancha de la comunidad  | <input type="checkbox"/> Otro lugar fuera de la comunidad          |
| <input type="checkbox"/> Adentro de la casa   | <input type="checkbox"/> Otro lugar de la comunidad | <input type="checkbox"/> No me pican (Si "Sí", pase a pregunta 3.) |
| <input type="checkbox"/> Trabajo              |   | <input type="checkbox"/> NR  |
| <input type="checkbox"/> Escuela              |   |  |

2. En el último mes, ¿cuán frecuente le picaron los mosquitos?

(Lea las opciones si es necesario.)

- |   |                                       |                                |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diariamente      | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> De vez en cuando | <input type="checkbox"/> Rara vez     | <input type="checkbox"/> NR    |

3. ¿Alguna vez ha tenido dengue? (Si "No" o "DC", pregunte 3.1.)

Sí  No  DC  NR

3.1 ¿Ha conocido a alguien que haya tenido dengue?

Sí  No  DC  NR

4. ¿Usted considera que el dengue puede ser grave y causar la muerte?

Sí  No  DC  NR

5. (18+ años solamente) Si hubiese una vacuna contra el dengue aprobada y disponible para personas de su edad en Puerto Rico, de forma gratuita o a bajo costo (\$10 o menos), ¿se vacunaría?

Sí  No  DC  NR

(Si "No" o "No sé", pregunte 5.1.)

5.1 ¿Cuáles son las razones por las cuales no le interesaría o no está segura si le interesaría vacunarse contra el dengue? (No lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- No creo que esta vacuna es segura y/o me preocupan los efectos secundarios/reacciones
- No creo que la vacuna contra el dengue funciona o que sea suficientemente efectiva
- No creo en ninguna vacuna
- No me preocupa que me de dengue
- He escuchado cosas negativas de esta vacuna
- No me gustan/me dan miedo las agujas
- Necesito más información de cómo funciona esta vacuna
- Necesito más información del uso de esta vacuna en otros lugares
- Necesito consultar con mi doctor
- Costo
- Otro: \_\_\_\_\_
- DC

NR

6. (21+ años/menor emancipado o independiente) ¿Tiene hijos menores de 18 años? (Si "Sí", pregunte 6.1 a 6.2. Si "No" o "NR", pase a pregunta 7.)  Sí  No  DC  NR

6.1 Pensando en los próximos 12 meses, ¿cuánto riesgo cree que tiene(n) su(s) hijo(s) de enfermarse con dengue?

- Alto
- Bajo
- Ninguno
- Ninguno porque ya se vacunó
- Ninguno porque ya le dio
- NR

6.2 ¿Sabía que una vacuna contra el dengue llamada Dengvaxia fue recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Estados Unidos en junio de 2021 para niños de 9 a 16 años que viven en áreas donde el dengue es común? (Si "Sí" o "DC", pregunte 6.3. Si "No" o "NR", pase a y lea el párrafo abajo.)  Sí  No  DC  NR

6.3 ¿Ya vacunó a sus hijos con la vacuna Dengvaxia? (Si "Sí", pase a pregunta 7. Si "No", "DC" o "NR", lea el párrafo abajo.)  Sí  No  DC  NR

**Entrevistador, lea lo siguiente:**

- En el 2019, una vacuna contra el dengue llamada Dengvaxia fue aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EU (FDA). En el 2021, la vacuna fue recomendada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Estados Unidos, que es un grupo de médicos expertos en vacunación.
- La vacuna se recomienda para niños de 9 a 16 años que **han tenido dengue en el pasado** y viven en áreas donde el dengue es común, incluyendo Puerto Rico. Existen cuatro tipos de virus diferentes de dengue (dengue 1, 2, 3 y 4), y las personas pueden contraer dengue hasta 4 veces en sus vidas. Durante una segunda infección de dengue, los niños tienen una mayor probabilidad de desarrollar dengue severo, comparado con la primera, tercera y cuarta infección.
- En niños que tuvieron dengue antes de la vacunación, Dengvaxia protege un 80% contra una nueva enfermedad con otro de los tipos de dengue o enfermedad grave a causa de cualquiera de los tipos de dengue. En niños que no han tenido dengue en el pasado, Dengvaxia puede aumentar el riesgo de dengue severo y hospitalizaciones futuras por dengue.
- Para recibir Dengvaxia, los niños necesitan una prueba de sangre de laboratorio para ver si tuvieron dengue en el pasado. Su pediatra ordenaría la prueba. Si el resultado de la prueba es positivo, su hijo puede vacunarse con Dengvaxia.
- La vacuna requiere tres dosis, cada una seis meses aparte (a los 0, 6 y 12 meses). Los efectos secundarios más comunes de Dengvaxia

*incluyen picazón o dolor en el lugar de la inyección, dolor muscular, dolores de cabeza, falta de energía y malestar general.*

**6.4** Luego de recibir esta información, ¿usted vacunaría a su(s) hijo/hijos con Dengvaxia si fueran elegibles para la vacuna?  Sí  No  DC  NR  
(Si "No" o "DC", pregunte 6.5; si "Sí" o "NR", pase a pregunta 7.)

**6.5** ¿Cuáles son las razones por las cuales no le interesaría o no está seguro si le interesaría vacunar a su(s) hijo(s) con Dengvaxia? (No lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- No creo que esta vacuna es segura y/o me preocupan los efectos secundarios/reacciones
- Como la vacuna es nueva me preocupan los efectos secundarios a largo plazo
- Me preocupa que la vacuna es sólo para niños
- Creo que la vacuna va a aumentar la probabilidad a que mi hijo/hijos les dé dengue/un caso de dengue severo
- No creo que la prueba de laboratorio funciona o sea suficientemente efectiva
- No creo que esta vacuna funciona o sea suficientemente efectiva
- No creo en ninguna vacuna
- No creo que mis hijos corran riesgo de contraer dengue
- No me preocupa que mis hijos tengan dengue
- Ya le dio dengue varias veces
- He escuchado cosas negativas de esta vacuna
- A mis hijos no les gustan/les dan miedo las agujas
- Necesito más información de cómo funciona esta vacuna
- Necesito más información del uso de esta vacuna en otros lugares
- Necesito consultar con su doctor
- Costo de la vacuna
- Costo de la prueba de laboratorio
- No quiero o es difícil a hacer una prueba de laboratorio antes de vacunarse
- No quiero o es difícil a poner tres dosis de la vacuna a mis hijos
- Otro: \_\_\_\_\_
- DC
- NR

**7.** ¿Usted considera que el COVID-19 puede ser grave y causar la muerte?  Sí  No  DC  NR

**8.** Pensando en los próximos 12 meses, cree que su riesgo de enfermarse con COVID-19 es: (Lea las opciones.)

- Alto
- Bajo
- Ninguno
- NR

**9.** (Padres de hijos menores de 18 años solamente) Pensando en los próximos 12 meses, cree que el riesgo de su(s) hijo(s) de enfermarse con Covid-19 es: (Lea las opciones.)

- Alto
- Bajo
- Ninguno

- Ninguno porque ya se vacunó
- Ninguno porque ya le dio
- NR

---

## Depresión y Ansiedad (18+ años)

---

**Entrevistador, lea lo siguiente:** A veces la gente puede sentirse un poco incómoda con las siguientes preguntas. Hacemos estas preguntas porque queremos entender cómo las enfermedades que estudiamos pueden afectar el estado de ánimo de las personas. Recuerde que sus respuestas son confidenciales. Si hay una pregunta en esta sección que usted no quiere responder, no tiene que hacerlo.

**Durante las últimas 2 semanas, ¿con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas...?**

---

**10. (PHQ) ... ¿Poco interés o placer/desmotivación en hacer las cosas?**

(Lea las opciones.)

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca       | <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días | <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| <input type="checkbox"/> Varios días |  | <input type="checkbox"/> NR                  |

---

**11. (PHQ) ... ¿Sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanza?**

(Lea las opciones.)

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca       | <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días | <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| <input type="checkbox"/> Varios días |  | <input type="checkbox"/> NR                  |

---

**12. (GAD) ... ¿Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta?**

(Lea las opciones.)

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca       | <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días | <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| <input type="checkbox"/> Varios días |  | <input type="checkbox"/> NR                  |

---

**13. (GAD) ... ¿Ha sido incapaz de parar o controlar alguna preocupación?**

(Lea las opciones.)

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca       | <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días | <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| <input type="checkbox"/> Varios días |  | <input type="checkbox"/> NR                  |

---

La carga publica de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 10 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB valido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA 0920-1254.

# Acceptability of Potential Mosquito Control Activities

**Introduction:** In this section, we will discuss various methods to control *Aedes aegypti* mosquitos, which can transmit diseases such as dengue, Zika, and chikungunya. These mosquito control methods are used at different stages in the mosquito life cycle, so we will begin by explaining the mosquito life cycle:

*Interviewer: Explain here the Aedes aegypti mosquito life cycle, using the visual aid card or the video of the Aedes aegypti mosquito life cycle. If using the visual aid card, read the script below.*

- It is a dark-colored mosquito, with white bands on its legs and body. It likes to be close to people, inside and outside houses.
- *Aedes aegypti* mosquitos bite mainly during daytime, although they will bite at night under artificial lighting.
- Only female mosquitos bite, they need to obtain blood to produce their eggs. Male mosquitoes don't bite.
- Female mosquitoes lay their eggs on the walls of any water-holding container, inside or outside homes.
- Eggs can survive up to 8 months stuck to the walls of containers where they are laid.
- When eggs come in contact with in water, larvae hatch.
- Larvae live in water where they feed and become pupae in as little as 5 days and stay near the surface where they breathe.
- After 2 to 3 days, pupae become adult flying mosquitoes.
- It can take just 7 to 10 days for an egg to become an adult mosquito.

Now we will talk about some methods used to control mosquitos. I will briefly explain each method. All of these methods have been used previously in the United States, Puerto Rico, or in other countries. I would like to know if you think these actions could be useful in your community. There are no right or wrong answers, I would just like to know your opinion.

---

## Sterile Insect Technique

**Interviewer read the following:**

- Sterile Insect Technique is a method to control insects and has been used for lots of different insect species.
- It does not pose a risk to humans or other animals or insects as by its nature this technique is species specific and it has been widely and successfully used within agriculture.
- The principle for the sterile insect technique involves releasing lots of sterile male insects to compete with the fertile wild male insects.
- When a female mates with an introduced sterile male there is no new generation and the population of the insects will decrease. In some cases, it has been possible to eliminate insects using this technique in agriculture.
- In mosquitoes, there are different ways of making the males sterile. Examples include: genetic modification, and using the introduction of a bacteria. Both of these are created in the lab before taking them to the field.

Large numbers (many thousands) of sterile mosquitoes need to be released periodically in order to keep the number of sterile males stable within a population. **Now we will discuss two ways of using sterile insect technique in mosquitoes.**

---

1. Have you ever heard of **male genetically modified (GM) mosquitoes**?

Yes |  No |  Doesn't know |  No response

*Interviewer: Show the visual aid for male GM mosquitoes.*

**Interviewer read the following:**

- In this method, male genetically modified mosquitoes are released. Male mosquitoes do not bite. Female mosquitoes are not released.
- The use of genetically modified mosquitoes is safe for people, animals, and the environment.
- GM male mosquitoes have been used in Brasil, Panama, and Cayman Islands.
- Genetically modified mosquitoes are mosquitoes that have had part of their genetic information changed in a laboratory.
- These male mosquitoes mate with wild females and pass to their offspring a gene that prevents larvae and pupae from developing normally. In this way, larvae and pupae die before they become adult mosquitoes.
- This technique requires the release of lots of male GM mosquitoes. These mosquitoes need to be released several times per week for an ongoing period of time to keep the mosquito populations low.
- Mosquito population will eventually increase again when the releases of genetically modified mosquitoes stop.
- At present, they have not been evaluated in the US, but permissions have been requested for evaluations to take place in a number of states in the US.

1a. Would you support the use of **male genetically modified mosquitoes**?

*Interviewer: Read the responses.*

- Support  
 Neutral  
 Oppose  
 No response



1b. What are the reasons you oppose?

*Interviewer: Do not suggest responses. Choose all reasons mentioned below. Use "other" for reasons not listed.*

- Environmental impact  
 Wild animal health  
 Human health  
 Pet health  
 Don't think it is/would be effective in this community  
 Not a community priority/arboviruses are not a concern here  
 Concerned about safety of use of GM mosquitoes  
 GM mosquitoes could transmit their genes to other mosquitoes, people, or animals  
 Other: \_\_\_\_\_

---

2. Have you ever heard of mosquitoes with **Wolbachia**?

Yes |  No |  Doesn't know |  No response

**Interviewer read the following:**

- Wolbachia is a bacterium that lives inside many insects, including some mosquito species.
- Wolbachia does not cause disease in humans and its use is safe for people, animals and the environment.
- There are many types of Wolbachia. Some types of Wolbachia can be used to control Aedes aegypti mosquitoes and the viruses they transmit.
- Since this type of Wolbachia has not been found in Aedes aegypti mosquitoes, scientists have introduced this bacterium in the mosquitoes in a laboratory.

**Mosquitoes with *Wolbachia* can be used in two different ways.**

*Interviewer: Show the visual aid for male mosquitoes with Wolbachia.*

Interviewer read the following:

- This technique can be used releasing **only male** *Aedes aegypti* mosquitoes carrying Wolbachia. Male mosquitoes do not bite. Female mosquitoes carrying Wolbachia are not released. When it is used this way, it is considered a sterile insect technique.
- Male mosquitoes with Wolbachia have been used in California and the Florida Keys and have been approved for evaluation in Miami, FL.
- When male mosquitoes carrying Wolbachia mate with wild females without Wolbachia, these female mosquitoes without Wolbachia lay their eggs, but these don't hatch.
- This technique requires the release of lots of male mosquitoes with Wolbachia. These mosquitoes need to be released several times per week for a prolonged period to keep the mosquito populations low.
- Mosquito population will eventually increase again when the releases of mosquitoes carrying Wolbachia stop.

2a. Would you support the use of **male mosquitoes with Wolbachia**?

*Interviewer: Read the responses.*

- Support
- Neutral
- Oppose
- No response



2b. What are the reasons you oppose?

*Interviewer: Do not suggest responses. Choose all reasons mentioned below. Use "other" for reasons not listed.*

- Environmental impact
- Wild animal health
- Human health
- Pet health
- Don't think it is/would be effective in this community
- Not a community priority/arboviruses are not a concern here
- Concerned about safety of use of mosquitoes with *Wolbachia*
- Other: \_\_\_\_\_

---

For the interviewer: Show illustration of male and female mosquito with Wolbachia

Interviewer read the following:

- There is another way to use Wolbachia, which is not a sterile insect technique, in which male and female *Aedes aegypti* mosquitoes with Wolbachia are released into the environment.
- When the female mosquito with Wolbachia mates with a male mosquito with or without Wolbachia, the bacteria are passed through the female to her offspring from generation to generation.
- Over time, the number of mosquitoes with Wolbachia increases and replaces the mosquitoes in the environment without the bacteria.
- After releasing them many times over a period of several months, the mosquito population with Wolbachia will remain without having to release more of these mosquitoes.
- Mosquitoes with Wolbachia are less capable of transmitting disease.
- There will still be mosquitoes in the community as the intention of this method is not to reduce the number of mosquitoes but to reduce the risk of epidemics.
- This technology has been used in Colombia, Brazil and other countries. Currently, there are no defined rules for the use of male and female mosquitoes with Wolbachia, in the United States.

3a. Would you support the use of **male and female mosquitoes with Wolbachia**?

*Interviewer: Read the responses.*

- Support
- Neutral
- Oppose
- No response



3b. What are the reasons you oppose?

*Interviewer: Do not suggest responses. Choose all reasons mentioned below. Use "other" for reasons not listed.*

- Environmental impact
- Wild animal health
- Human health
- Pet health
- Don't think it is/would be effective in this community
- Not a community priority/arboviruses are not a concern here
- Concerned about safety of use of mosquitoes with *Wolbachia*
- Other: \_\_\_\_\_



# Aceptación de Posibles Actividades de Control de Mosquitos

**Introducción:** En esta sección, hablaremos sobre varias maneras para controlar los mosquitos *Aedes aegypti*, que pueden transmitir enfermedades tales como dengue, Zika y chikungunya. Estos métodos de control se utilizan en las diferentes etapas de vida del mosquito, por lo cual comenzaremos explicándole el ciclo de vida de éste:

*Para el entrevistador: Explicar aquí el ciclo de vida del mosquito, utilizando la tarjeta o el video del Ciclo de Vida del Mosquito Aedes aegypti. Si utiliza la tarjeta, lea el libreto:*

- Es un mosquito de color oscuro, con marcas blancas en el cuerpo y las patas. Le gusta estar cerca de la gente, dentro y fuera de las casas.
- El *Aedes aegypti* pica principalmente de día, aunque puede picar de noche cuando hay luz artificial.
- Solo los mosquitos hembra pican a las personas, ya que necesitan obtener sangre para producir sus huevos. Los mosquitos macho no pican.
- El mosquito hembra pone sus huevos en las paredes de cualquier recipiente con agua acumulada dentro o fuera del hogar.
- Allí, pegados en las paredes del recipiente, los huevos pueden sobrevivir hasta 8 meses.
- Cuando los huevos entran en contacto con el agua, nacen las larvas.
- Las larvas viven en el agua donde se alimentan y se convierten en pupas en alrededor de 5 días.
- Las pupas se mantienen cerca de la superficie, donde respiran.
- De 2 a 3 días las pupas se convierten en mosquitos adultos voladores.
- Puede tomar tan solo 7 a 10 días para que un huevo de mosquito se convierta en un mosquito adulto.

Ahora vamos a hablar sobre algunos métodos utilizados para controlar los mosquitos. Le explicaré brevemente de que se trata cada uno. Todos estos métodos han sido usados previamente en Estados Unidos, en Puerto Rico o en otros países. Me gustaría saber si cree que estos métodos podrían ser útiles en su comunidad. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo me gustaría conocer su opinión.

---

## Técnica del Insecto Estéril

**Entrevistador lea lo siguiente:**

- La técnica del insecto estéril es un método para controlar o eliminar insectos.
- El principio de la técnica del insecto estéril comprende la liberación de insectos machos estériles que compiten con los insectos machos fértiles en el ambiente.
- Cuando un insecto hembra se aparee con un insecto macho estéril, no se producen crías, y se reduce la población de insectos.
- En los mosquitos hay diferentes formas de hacer que los machos sean estériles, incluyendo la modificación genética o la introducción de una bacteria. Las dos se hacen en un laboratorio.
- Grandes cantidades de mosquitos estériles (miles y miles) deben liberarse periódicamente para mantener el número de machos estériles en una población.
- Puede usarse en muchos insectos diferentes y ha sido usada ampliamente en la agricultura.
- Estas técnicas funcionan específicamente para una especie de insecto, y no representan riesgo para los humanos u otros animales o insectos.

**Ahora vamos a hablar de dos formas de usar la técnica del mosquito estéril.**

---

1. ¿Había escuchado hablar de **mosquitos machos modificados genéticamente**?

Sí |  No |  No sabe |  No contestó

*Para el entrevistador: Mostrar ilustración de mosquitos modificados genéticamente.*

Entrevistador lea lo siguiente:

- En este método, se liberan al ambiente mosquitos machos modificados genéticamente. No se liberan mosquitos hembra.
- Los mosquitos modificados genéticamente son mosquitos a los que se les ha cambiado su información genética en un laboratorio.
- Estos mosquitos macho se reproducen con las hembras del ambiente, y pasan un gen a sus crías que impide que las larvas y pupas se desarrollen normalmente. Así, éstas mueren antes de convertirse en mosquitos adultos.
- Los mosquitos deben liberarse varias veces a la semana a lo largo del tiempo para mantener bajas las poblaciones de mosquitos.
- La población de mosquitos aumentará eventualmente cuando no se liberen más mosquitos modificados genéticamente en el área.
- El uso de mosquitos modificados genéticamente es seguro para las personas, los animales y el ambiente.
- Los mosquitos modificados genéticamente han sido usados en Brasil, Panamá y las Islas Caimán.
- Al presente, los mosquitos modificados genéticamente no se han evaluado en los Estados Unidos, pero se han dado permisos para evaluarlos en varios estados.

1a. ¿Usted apoyaría el uso de **mosquitos modificados genéticamente**?

*Entrevistador: Lea las respuestas.*

- Apoya  
 Neutral  
 Opuesto  
 No Respondió



1b. ¿Cuáles son las razones para que se oponga?

*Entrevistador: No sugiera respuestas. Consulte si se menciona en la lista. Utilice "otro" para todos los demás motivos.*

- Impacto al ambiente  
 Salud de los animales en la naturaleza  
 Salud de las personas  
 Salud de las mascotas  
 No piensa que es / o que sería efectivo en esta comunidad  
 No es una prioridad de la comunidad / las enfermedades transmitidas por mosquitos no son una preocupación aquí  
 Me preocupa que usar mosquitos modificados genéticamente sea seguro  
 Los mosquitos modificados genéticamente pueden transmitir genes modificados a otros mosquitos, las personas o los animales  
 Otro: \_\_\_\_\_

---

2. ¿Había escuchado hablar de los **mosquitos con Wolbachia**?

*Para el entrevistador: Mostrar ilustración de mosquito macho con Wolbachia.*

Entrevistador lea lo siguiente:

- Esta técnica puede ser usada liberando solo mosquitos *Aedes aegypti* **machos con Wolbachia**. No se liberan mosquitos hembra con *Wolbachia*. Cuando se usa de esta forma, *Wolbachia* funciona como una técnica del insecto estéril.
- Los mosquitos machos con *Wolbachia* se reproducen con hembras del ambiente sin *Wolbachia*.
- Las hembras sin *Wolbachia* ponen sus huevos, pero estos no nacen.
- Los mosquitos deben liberarse varias veces a la semana a lo largo del tiempo para mantener bajas las poblaciones de mosquitos.
- La población de mosquitos aumentará eventualmente cuando no se liberen más mosquitos con *Wolbachia* en el área.
- Los mosquitos machos con *Wolbachia* se han utilizado en California y en los Cayos de la Florida y han sido aprobados para evaluación en Miami, Florida.

Sí |  No |  No sabe |  No contestó

2a. ¿Usted apoyaría usar **solo mosquitos machos con *Wolbachia***?

*Entrevistador:* Lea las respuestas.

- Apoya
- Neutral
- Opuesto
- No Respondió



2b. ¿Cuáles son las **razones** para que se oponga?

*Entrevistador:* No sugiera respuestas. Consulte si se menciona en la lista. Utilice "otro" para todos los demás motivos.

- Impacto al ambiente
- Salud de los animales en la naturaleza
- Salud de las personas
- Salud de las mascotas
- No piensa que es / o que sería efectivo en esta comunidad
- No es una prioridad de la comunidad / las enfermedades transmitidas por mosquitos no son una preocupación aquí
- Me preocupa cuán seguro sea usar mosquitos con *Wolbachia*
- Otro: \_\_\_\_\_

*Para el entrevistador:* Mostrar ilustración de mosquito macho y hembra con *Wolbachia*

Entrevistador lea lo siguiente:

- Existe otra forma de usar *Wolbachia*, que no es una técnica del insecto estéril, en la cual mosquitos *Aedes aegypti* **machos y hembras con *Wolbachia*** son liberados en el ambiente
- Cuando el mosquito hembra con *Wolbachia* se aparee con un mosquito macho con o sin *Wolbachia*, la bacteria se pasa a través de la hembra a sus crías de generación en generación.
- Con el tiempo, la cantidad de mosquitos con *Wolbachia* aumenta y reemplaza a los mosquitos del ambiente sin la bacteria.
- Después de liberarlos muchas veces durante un periodo de varios meses, la población de mosquitos con *Wolbachia* se mantendrá sin tener que liberar más de estos mosquitos
- Los mosquitos con *Wolbachia* son menos capaces de transmitir enfermedades.
- Aún habrá mosquitos en la comunidad ya que la intención de este método no es reducir el número de mosquitos sino reducir el riesgo de epidemias.
- Esta tecnología se ha usado en Colombia, Brasil y otros países. Actualmente, no hay reglas definidas para el uso de mosquitos macho y hembra con *Wolbachia*, en los Estados Unidos.

5a. ¿Usted apoyaría el uso de los mosquitos **machos y hembras con *Wolbachia***?

*Entrevistador:* Lea las respuestas.

- Apoya
- Neutral
- Opuesto
- No Respondió



5b. ¿Cuáles son las **razones** para que se oponga?

*Entrevistador:* No sugiera respuestas. Consulte si se menciona en la lista. Utilice "otro" para todos los demás motivos.

- Impacto al ambiente
- Salud de los animales en la naturaleza
- Salud de las personas
- Salud de las mascotas
- No piensa que es / o que sería efectivo en esta comunidad
- No es una prioridad de la comunidad / las enfermedades transmitidas por mosquitos no son una preocupación aquí
- Me preocupa cuán seguro sea usar mosquitos con *Wolbachia*
- No tiene sentido porque todavía tendremos mosquitos
- Otro: \_\_\_\_\_

## AIS surveillance

Interviewer name: \_\_\_\_\_ Interview date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

Participant number (HHID P PID): \_\_\_\_\_ P\_\_\_\_\_ Discrepancy in ID:  \_\_\_\_\_

Participant name:

\_\_\_\_\_ Paternal last name

\_\_\_\_\_ Maternal last name

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Middle name

Date of birth: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

Sex:  Female  Male  Other  NR

Interviewer (check all that apply):

- Additional/hemolyzed sample (annual follow-up)
- Pending sample (annual follow-up)
- Acute febrile illness surveillance (AFI)
- COVID-19 cohort (COCOVID)

### Clinical history

**C1.** In the last two weeks, have you had close contact with someone who has been diagnosed with...?

(Read all the responses and check all that apply).

- Dengue
- Influenza
- Viral syndrome
- Coronavirus (COVID-19)
- None
- NR

### Current fever

**F1.** Have you had fever today or in the last 7 days? (including quantified or non-quantified)? (If "Yes", ask F1.1–F5.)  Yes  No  UK  NR

**F1.1** Date that the fever began: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

**F2.** Have you had sore throat, difficulty breathing diarrhea, body pain, loss of taste and/or smell today or in the last 7 days? (If "No" and AFI participant, ask 3. If "Yes", ask F2.1–F5. If "No", "UK" or "NR" in F1 y F2 and it's not an AFI participant, continue to Laboratory form).  Yes  No  UK  NR

**F2.1** Date that first symptom began: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

**F3.** Today, or in the last 7 days, have you had any unusual symptoms? (If "Yes", ask F3.2–F5. If "No", "UK" o "NR" in F1, F2 y F3, continue to Laboratory form  Yes  No  UK  NR

**F3.1** Date the first symptom started: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

**F4.** During this illness, have you had any of the following symptoms?

(Read all the responses and check all that apply).

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion                         | <input type="checkbox"/> Abdominal pain  | <input type="checkbox"/> Joint pain  |
| <input type="checkbox"/> Cough                                    | <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting   | <input type="checkbox"/> Muscle pain   |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath/difficulty breathing | <input type="checkbox"/> Diarrhea  | <input type="checkbox"/> Calf pain   |
| <input type="checkbox"/> Loss of taste &/or smell                 | <input type="checkbox"/> Chills  | <input type="checkbox"/> Bleeding  |
| <input type="checkbox"/> Chest pain/discomfort                    | <input type="checkbox"/> Rash  | <input type="checkbox"/> (Minors under 2 years) More irritable/inconsolable crying |
| <input type="checkbox"/> Sore throat                              | <input type="checkbox"/> Changes in the skin of the fingers or toes, including discoloration or blisters | <input type="checkbox"/> Other   |
| <input type="checkbox"/> Headache                                 |  | <input type="checkbox"/> None  |
| <input type="checkbox"/> Eye pain                                 |  | <input type="checkbox"/> NR  |
| <input type="checkbox"/> Red eyes                                 | <input type="checkbox"/> Tiredness/no energy   |  |

**F5.** Did you see a doctor for these symptoms? (If "Yes", ask F5.1–F5.4.)

Yes No UK NR

**F5.2a** Where were you treated? (Check all that apply).

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clinic/Doctor's office | <input type="checkbox"/> Hospital/Emergency room      | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> CDT/Urgency room       | <input type="checkbox"/> Telemedicine/videoconference | <input type="checkbox"/> NR           |

**F5.3** Did the doctor diagnose you with any of the following illnesses?

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dengue         | <input type="checkbox"/> Coronavirus (COVID-19)    | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya    | <input type="checkbox"/> Pneumonia                 |                                       |
| <input type="checkbox"/> Zika           | <input type="checkbox"/> Other respiratory illness | <input type="checkbox"/> None         |
| <input type="checkbox"/> Viral syndrome |  | <input type="checkbox"/> NR           |
| <input type="checkbox"/> Influenza      | <input type="checkbox"/> Bacterial infection       |                                       |

**F5.4.** Did your doctor take a nasal or throat swab in order to test for Coronavirus (COVID-19)? (If "Yes", ask F5.4a.)

Yes No UK NR

**F5.4a** What was the result of that test?

- |                                   |  |                             |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Positive | <input type="checkbox"/> Haven't received results/Don't know | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Negative | <input type="checkbox"/> Invalid/indeterminate               |                             |

**F5.5. Were you hospitalized?** (If "Yes", ask F5.5a–F5.5b.)

Yes No UK NR

**F5.5a** How many days were you hospitalized? \_\_\_\_\_ days

**F5.5b** In which hospital? (Check all that apply).

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> San Lucas              | <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama         | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa      |
| <input type="checkbox"/> Damas                  | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco              | <input type="checkbox"/> Other hospital: _____ |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal          | <input type="checkbox"/> Concepción/San Germán    | <input type="checkbox"/> NR                    |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San Germán |  |

Participant ID number (HHID P PID): \_\_\_\_\_P\_\_\_\_\_ Collection date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_\_

- Project flag
- COPA:** Annual follow-up (no symptoms)
  - COPA\_SYM:** Annual follow-up (fever)
  - COPA\_SYM\_COUGH:** Annual follow-up (other symptoms without fever)
  - COPA\_AFI:** AFI (fever)
  - COPA\_AFI\_COUGH:** AFI (other symptoms without fever and/or close contact with a person with COVID-19)
  - COPA\_COVID:** COCOVID

- Samples collected:
- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Serum 1</b>                   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <b>Serum 2</b>                   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <b>Serum 3</b>                   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <b>Nasal swab</b> (PCR test)     | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <b>Nasal swab</b> (antigen test) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

PARTICIPANT  
BARCODE

---

**ONLY for AFI Surveillance Participants with Antigen test for SARS-CoV-2**

---

*Select the test:*

- Initial antigen test (#1)
- Follow up antigen test (#2)

*Select the result of the antigen test:*

- Positive
- Negative
- Invalid/indeterminate

*If the test result is "Invalid or Indeterminate", repeat the test and select the result:*

- Positive
  - Negative
  - Invalid/indeterminate
-

## Muestra Adicional o Pendiente/Vigilancia de EFA

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha de entrevista: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

Número de participante (HHID P PID): \_\_\_\_\_ P\_\_\_\_ Discrepancia en el ID:  \_\_\_\_\_

Nombre de participante:

\_\_\_\_\_  
Primer apellido                      Segundo apellido

\_\_\_\_\_  
Nombre                                      Segundo nombre

Fecha de nacimiento: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino  Otro  NR

*Entrevistador, selecciona una de las siguientes (marque todas las que apliquen):*

- Muestra adicional/hemolizada (seguimiento anual)
- Muestra pendiente (seguimiento anual)
- Vigilancia de enfermedad febril aguda (EFA)
- Cohorte de COVID-19 (COCOVID)

### Historia Clínica

**C1.** En las últimas dos semanas, ¿ha estado en contacto cercano con una persona o personas con algún diagnóstico de...

(Lea las opciones. Marque todas las que apliquen).

- Dengue
- Virus/Síndrome viral
- Ninguna
- Influenza
- Coronavirus (COVID-19)
- NR

### Fiebre Actual

**F1.** Hoy, o en los últimos 7 días, ¿ha tenido fiebre (incluyendo fiebre medida o no medida)? (Si "Sí", pregunte F1.1.)  Sí  No  DC  NR

**F1.1** Fecha en la que empezó la fiebre: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

**F2.** Hoy, o en los últimos 7 días, ¿ha tenido tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, diarrea, dolor en el cuerpo o pérdida de sensación de gusto/olfato? (Si "Sí", pregunte F2.1. Si "No" y F1 = "No" y es un participante de EFA, pregunte 3. De lo contrario, si "No", "DC" o "NR" en F1 y F2 y no es un participante de EFA, vaya al parte de Lab.)  Sí  No  DC  NR

**F2.1** Fecha en la que empezó el primer síntoma: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

**F3.** (SOLO participantes de EFA que respondieron "No" a F1 y F2) Hoy, o en los últimos 7 días, ¿ha tenido algún síntoma fuera de lo normal? (Si "Sí", pregunte F3.1–F5. Si "No", "DC" o "NR" en F1, F2 y F3, vaya al parte de Lab.)  Sí  No  DC  NR

**F3.1** Fecha en la que empezó el primer síntoma: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

---

**F4.** En esta enfermedad, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

(Lea las opciones. Marque todas las que apliquen.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal                           | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal   | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones                            |
| <input type="checkbox"/> Tos  | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos   | <input type="checkbox"/> Dolor muscular   |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire/<br>dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Diarrea   | <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas                              |
| <input type="checkbox"/> Perdida de sensación de gusto y/u olfato   | <input type="checkbox"/> Escalofríos   | <input type="checkbox"/> Sangrado   |
| <input type="checkbox"/> Molestias o dolor en el pecho              | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash   | <input type="checkbox"/> (Menores de <2 años) Más irritable/llanto inconsolable |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta                          | <input type="checkbox"/> Cambios en la piel de los dedos de manos o pies, incluido el cambio de color o ampollas | <input type="checkbox"/> Otra   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                            | <input type="checkbox"/> Cansancio/agotamiento   | <input type="checkbox"/> Ninguno  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos                          |  | <input type="checkbox"/> No responde  |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos                                 |  |   |

---

**F5.** ¿Consultó a un médico por estos síntomas? (Si "Sí", pregunte F5.1–F5.4.)

Sí  No  DC  NR

**F5.1** ¿Dónde fue atendido? (Marque todas las que apliquen.)

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clínica/Oficina médica | <input type="checkbox"/> Hospital/Sala de emergencia                 | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> CDT/Sala de urgencias  | <input type="checkbox"/> Por llamada/telemedicina o videoconferencia | <input type="checkbox"/> NR          |

**F5.2** ¿El médico le diagnosticó alguna de las siguientes enfermedades?

(Marque todas las que apliquen.)

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dengue               | <input type="checkbox"/> Coronavirus (COVID-19)      | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya          | <input type="checkbox"/> Neumonía                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> Zika                 | <input type="checkbox"/> Otra infección respiratoria | <input type="checkbox"/> Ninguna     |
| <input type="checkbox"/> Virus/Síndrome viral | <input type="checkbox"/> Infección bacteriana        | <input type="checkbox"/> NR          |
| <input type="checkbox"/> Influenza            |  |                                      |

**F5.3.** ¿Le tomaron una muestra de nariz o garganta para detectar coronavirus (COVID-19)? (Si "Sí", pregunte F4.4a.)

Sí  No  DC  NR

**F5.3a** ¿Cuál fue el resultado de esa prueba?

- |                                   |  |                             |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Positiva | <input type="checkbox"/> No he recibido los resultados/no se | <input type="checkbox"/> NR |
| <input type="checkbox"/> Negativa | <input type="checkbox"/> Inválida o indeterminada            |                             |

**F5.4.** ¿Estuvo hospitalizado(a)? (Si "Sí", pregunte F5.5a–F5.5b.)

Sí  No  DC  NR

**F5.4a** ¿Cuántos días estuvo hospitalizado(a)? \_\_\_\_\_ días

**F5.4b** ¿En cuál hospital? (Marque todas las que apliquen.)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Médico San Lucas | <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa     |
| <input type="checkbox"/> Damas                   | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco      | <input type="checkbox"/> Otro hospital: _____ |



- San Cristóbal       Concepción/San Germán       NR  
 Metropolitano Dr. Pila       Metropolitano/San Germán

## Laboratorio

Número de participante (HHID P PID): \_\_\_\_\_P\_\_\_\_\_ Fecha de colección: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

- Flag del proyecto:  **COPA**: Seguimiento anual (no síntomas)  
 **COPA\_SYM**: Seguimiento anual (fiebre)  
 **COPA\_SYM\_COUGH**: Seguimiento anual (otros síntomas sin fiebre)  
 **COPA\_AFI**: EFA (fiebre)  
 **COPA\_AFI\_COUGH**: EFA (otros síntomas sin fiebre y/o contacto cercano con una persona con COVID-19)  
 **COPA\_COVID**: COCOVID

- Muestras colectadas:
- |  |   |
|--|---|
| <b>Suero 1</b>                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |
| <b>Suero 2</b>                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |
| <b>Suero 3</b>                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |
| <b>Hisopado nasal</b> (Prueba de PCR)      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |
| <b>Hisopado nasal</b> (Prueba de antígeno) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (SOLO participantes de EFA) |

CÓDIGO DE BARRAS  
DE PARTICIPANTE

---

### SOLO Participantes de Vigilancia de EFA con una Prueba de Antígeno de SARS-CoV-2

---

*Selecciona la prueba correspondiente:*

- Prueba de antígeno inicial (#1)  
 Prueba de antígeno de seguimiento (#2)

*Selecciona el resultado de la prueba de antígeno:*

- Positiva       Negativa       Inválida o indeterminada

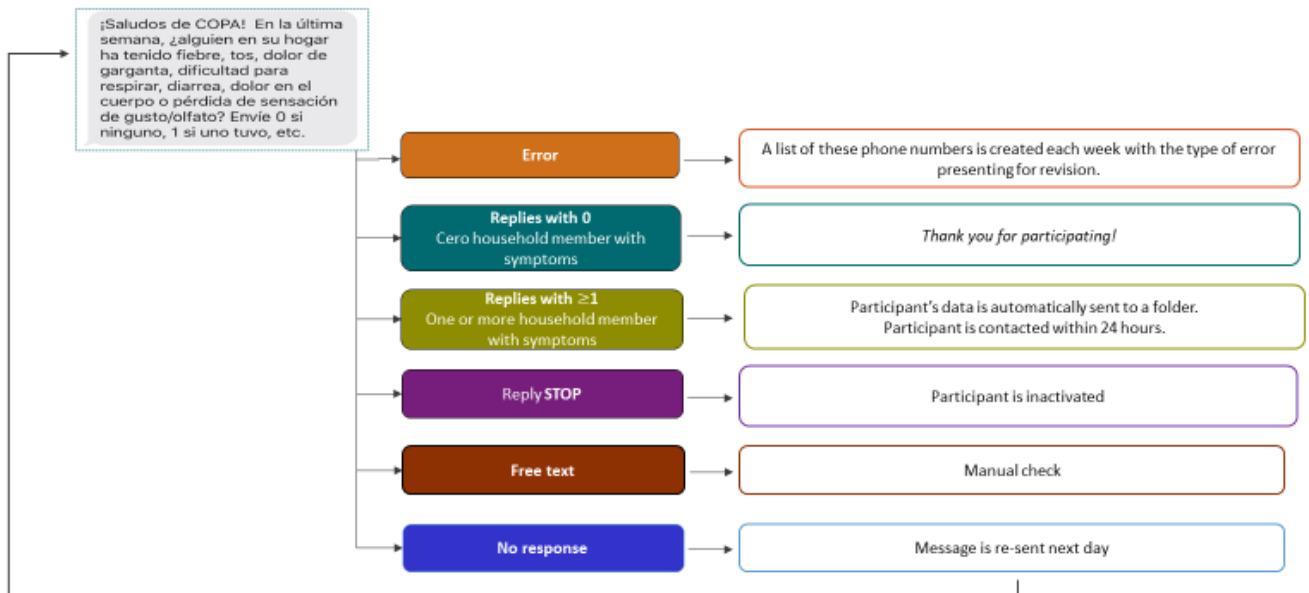
*Si el resultado de la prueba es "Inválida o indeterminada", repite la prueba y selecciona el resultado:*

- Positiva       Negativa       Inválida o indeterminada
-

AIS text message

Hello this is COPA! In the last weeks has some one in the home has had fever, cough, sore throat, difficulty breathing, diarrhea, body pain, or loss of taste/smell? Send 0 is none, 1 if any.

## Text message flow sequence



# FLUJO DE MENSAJES DE TEXTO

Se envía el siguiente mensaje a todos los participantes UNA VEZ:  
¡Saludos del proyecto COPA! Cada semana le enviaremos un mensaje para monitorear síntomas en su comunidad. Si reporta síntomas, lo llamaremos para ofrecerle pruebas de dengue y/o COVID-19. Al contestar, será parte de una rifa de \$20. ¿Preguntas? Llame al 787-221-7460 o escribanos a proyectocopa@psm.edu. ¡Gracias!

Se envía el siguiente mensaje a todos los participantes cada semana:  
¡Saludos de COPA! ¿En la última semana, alguien en su hogar ha tenido fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, diarrea, dolor en el cuerpo o pérdida de gusto/olfato? Envíe 0 si ninguno, 1 si uno tuvo, etc.

Error o mensaje no fue enviado/recibido

Se envía hogar a un table/folder para investigación. Se remueve de la lista de mensajes de textos hasta que la información de contacto esté revisada.

Si responde 0/ninguno/none/no/nadie/cero/zero

Enviar: Gracias por participar en COPA. ¡Juntos podemos prevenir las enfermedades en su comunidad!

Si responde número >0

Enviar: ¡Gracias por la información! Lo estaremos contactando pronto. Consulte a su médico si los síntomas continúan o empeoran.

Si responde STOP/PARE

El sistema lo remueve de la lista de participantes activos automáticamente y no se le vuelve a enviar el mensaje de texto.

Any other response(free text)

Enviar a un archivo para revisar manualmente

No responde

Si no responde en 24 horas, se volverá a enviar el mensaje original

## Follow-Up for COPA Participants with COVID-19

**Interviewer:** complete this interview by telephone 14–21 days after the participant was notified of positive SARS-CoV-2 result from the nasal swab taken for COPA activities; if the participant is hospitalized, wait and call back in 30 days to do the interview.

Interviewer name: \_\_\_\_\_ Interview date: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

Participant number (HHID P PID): \_\_\_\_\_P\_\_\_\_\_

Participant name:

\_\_\_\_\_ Paternal last name

\_\_\_\_\_ Maternal last name

\_\_\_\_\_ First name

\_\_\_\_\_ Middle name

Date of birth: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_ Sex:  Female  Male  Other  NR

### 1. What is the current status of your illness with COVID-19?

(If "Never had symptoms", skip to question 5.)

- |   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Completely recovered | <input type="checkbox"/> Still sick | <input type="checkbox"/> Never had symptoms |
| <input type="checkbox"/> Somewhat recovered   | <input type="checkbox"/> Died       | <input type="checkbox"/> NR                 |
- How long was your illness: \_\_\_\_\_ days
- Date of death: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_
- Specify:  At home  In hospital

### 2. During your illness, which of the following symptoms did you have?

(Read the options. Mark all that apply.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fever  | <input type="checkbox"/> Red eyes  | <input type="checkbox"/> Tiredness/no energy  |
| <input type="checkbox"/> Cough  | <input type="checkbox"/> Abdominal pain  | <input type="checkbox"/> Joint pain   |
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion                             | <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting   | <input type="checkbox"/> Muscle pain  |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath/<br>difficulty breathing | <input type="checkbox"/> Diarrhea  | <input type="checkbox"/> (For minors <2 yrs only)<br>More irritable/<br>inconsolable crying |
| <input type="checkbox"/> Chest discomfort or<br>pain                  | <input type="checkbox"/> Chills  | <input type="checkbox"/> Other, specify: _____  |
| <input type="checkbox"/> Loss of taste and/or<br>smell                | <input type="checkbox"/> Rash  | <input type="checkbox"/> None   |
| <input type="checkbox"/> Sore throat                                  | <input type="checkbox"/> Changes to the skin of<br>fingers or toes<br>including change in<br>color or blistering | <input type="checkbox"/> NR   |
| <input type="checkbox"/> Headache                                     |  |   |

### 3. Did you consult a doctor for these symptoms? (If "Yes", ask 3.1 through 3.3.) Yes No DK NR

#### 3.1 At what facility was the doctor you consulted? (Mark all that apply.)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Médico San Lucas | <input type="checkbox"/> Pavia/Yauco               | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa           |
| <input type="checkbox"/> Damas                   | <input type="checkbox"/> Concepción/San Germán     | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque         |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal           | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San Germán  | <input type="checkbox"/> Other center/clinic: _____ |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila  | <input type="checkbox"/> Clínica Metro Pavía Ponce | <input type="checkbox"/> Private office             |
| <input type="checkbox"/> Menonita/ Guayama       |  | <input type="checkbox"/> NR                         |

**3.2** How did you consult the doctor? (Mark all that apply.)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> At clinic/doctor's office        | <input type="checkbox"/> At hospital/emergency room        | <input type="checkbox"/> By phone call         |
| <input type="checkbox"/> At outpatient center/urgent care | <input type="checkbox"/> By telemedicine/videoconferencing | <input type="checkbox"/> Other, specify: _____ |
|   |  | <input type="checkbox"/> NR                    |

**3.3** Did the doctor diagnose you with any of the following? (Mark all that apply.)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dengue               | <input type="checkbox"/> Coronavirus (COVID-19)      | <input type="checkbox"/> Bacterial infection   |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya          | <input type="checkbox"/> Pneumonia                   | <input type="checkbox"/> Other, specify: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zika                 | <input type="checkbox"/> Other respiratory infection | <input type="checkbox"/> None                  |
| <input type="checkbox"/> Influenza            |  | <input type="checkbox"/> NR                    |
| <input type="checkbox"/> Virus/Viral syndrome |  |  |

**4.** Were you hospitalized? (If "Yes", ask 4.1 through 4.5.)

Yes  No  DK  NR

**4.1** Date of admission: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

**4.2** Date of discharge: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

**4.3** Which hospital? (Mark all that apply.)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Médico San Lucas | <input type="checkbox"/> Menonita/ Guayama     | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San Germán |
| <input type="checkbox"/> Damas                   | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco           | <input type="checkbox"/> Other hospital: _____    |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal           | <input type="checkbox"/> Concepción/San Germán |   |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila  |  | <input type="checkbox"/> NR                       |

**4.4** During your hospitalization, were you admitted to the intensive care unit (ICU)?

Yes  No  DK  NR

**4.5** During your hospitalization, were you intubated/did you receive mechanical ventilation?

Yes  No  DK  NR

**5.** Have you had a previous positive COVID-19 test before the sample collection date for the positive test from this study?

Yes  No  DK  NR

(If "Yes", ask 5.1 and 5.2.)

**5.1** Type of test(s): (Mark all that apply.)

- |   |                                 |  |
|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal   | <input type="checkbox"/> Saliva | <input type="checkbox"/> Other, specify: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nasal (anterior) | <input type="checkbox"/> Blood  |  |
|   |                                 | <input type="checkbox"/> NR                    |

**5.2** Collection date for the previous positive test: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/y\_\_\_\_

**6.** In the 14 days prior to the sample collection date for the positive COVID-19 test (from this study), did you travel outside of Puerto Rico?

Yes  No  DK  NR

(If "Yes", ask 6.1.)

**6.1** What states or countries did you travel to? (If in Unites States/domestic,

specify states. If international, specify countries.)

- Domestic location(s)     International location(s)     NR  
(state):                                      (country):  
\_\_\_\_\_

7. In the 14 days prior to the sample collection date for the positive COVID-19 test, did you have close contact (within 6 feet of someone for at least 15 minutes total over a 24-hour period) with anyone who had COVID-19? (If "Yes", ask 7.1 and 7.2.) Yes No DK NR

7.1 Specify relationship to the person(s) with COVID-19: (Mark all that apply.)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spouse/partner | <input type="checkbox"/> Healthcare worker | <input type="checkbox"/> Contact only, no relationship |
| <input type="checkbox"/> Child          | <input type="checkbox"/> Co-worker         | <input type="checkbox"/> Other, specify:               |
| <input type="checkbox"/> Parent         | <input type="checkbox"/> Classmate         | _____  |
| <input type="checkbox"/> Other family   | <input type="checkbox"/> Roommate          |  |
| <input type="checkbox"/> Friend         | <input type="checkbox"/> Teammate          | <input type="checkbox"/> NR                            |

7.2 Specify location of contact with the person with COVID-19:

(Mark all that apply.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Immediate household            | <input type="checkbox"/> Retail store            | <input type="checkbox"/> Healthcare setting |
| <input type="checkbox"/> Work                           | <input type="checkbox"/> Sports event            | <input type="checkbox"/> Other, specify:    |
| <input type="checkbox"/> Daycare, school, or university | <input type="checkbox"/> Concert or play         | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Family gathering/celebration   | <input type="checkbox"/> Hotel                   | <input type="checkbox"/> NR                 |
| <input type="checkbox"/> Restaurant or bar              | <input type="checkbox"/> Cruise ship             |   |
|   | <input type="checkbox"/> Transit (air or ground) |   |

8. During your illness (if asymptomatic, after your first positive COVID-19 test), did you take steps to reduce contact with other household members? (If "Yes", ask 8.1.) Yes No DK NR

8.1 What steps did you take? (Mark all that apply.)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Used a separate bedroom                  | <input type="checkbox"/> Avoided sharing household items (utensils, bedding)                                  | <input type="checkbox"/> Increased hand washing/use of alcohol-based hand sanitizer |
| <input type="checkbox"/> Used a separate bathroom                 | <input type="checkbox"/> Cleaned frequently touched surfaces (counters, doorknobs, keyboards, etc.) every day | <input type="checkbox"/> NR   |
| <input type="checkbox"/> Prohibited non-essential visitors        |   |   |
| <input type="checkbox"/> Wore a facemask when around other people |   |   |



- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Médico San Lucas | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco               | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa               |
| <input type="checkbox"/> Damas                   | <input type="checkbox"/> Concepción/San Germán     | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque             |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal           | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San Germán  | <input type="checkbox"/> Otro centro/ clínica:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila  | <input type="checkbox"/> Clínica Metro Pavía Ponce | <input type="checkbox"/> Oficina privada                |
| <input type="checkbox"/> Menonita/ Guayama       |  | <input type="checkbox"/> NR                             |

**11.2** ¿Cómo consultó al médico? (Marque todas las que apliquen.)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Clínica/Oficina medica | <input type="checkbox"/> Hospital/Sala de emergencia        | <input type="checkbox"/> Por llamada                 |
| <input type="checkbox"/> CDT/Sala de urgencias  | <input type="checkbox"/> Por telemedicina/ videoconferencia | <input type="checkbox"/> Otro, especifique:<br>_____ |
|   |   | <input type="checkbox"/> NR                          |

**11.3** ¿El médico le diagnosticó alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todas las que apliquen.)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dengue               | <input type="checkbox"/> Coronavirus (COVID-19)      | <input type="checkbox"/> Infección bacteriana        |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya          | <input type="checkbox"/> Neumonía                    | <input type="checkbox"/> Otra, especifique:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Zika                 | <input type="checkbox"/> Otra infección respiratoria | <input type="checkbox"/> Ninguna                     |
| <input type="checkbox"/> Influenza            |  | <input type="checkbox"/> NR                          |
| <input type="checkbox"/> Virus/Síndrome viral |  |  |

**12.** ¿Estuvo hospitalizado(a)? (Si "Sí", pregunte 4.1 a 4.5.)  
NR

Sí No DC

**12.1** Fecha de admisión: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

**12.2** Fecha de alta: m\_\_\_\_/d\_\_\_\_/a\_\_\_\_

**12.3** ¿En cuál hospital? (Marque todas las que apliquen.)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Médico San Lucas | <input type="checkbox"/> Menonita/ Guayama     | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San Germán |
| <input type="checkbox"/> Damas                   | <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco           | <input type="checkbox"/> Otro hospital:<br>_____  |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal           | <input type="checkbox"/> Concepción/San Germán |   |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila  |  | <input type="checkbox"/> NR                       |

**12.4** Durante su hospitalización, ¿fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI)? Sí No  
DC NR

**12.5** Durante su hospitalización, ¿recibió intubación/ventilación mecánica? Sí No  
DC NR

**13.** Usted ha tenido una prueba positiva para COVID-19, antes de la toma de la muestra con la prueba positiva de este estudio? (Si "Sí", pregunte 5.1 y 5.2.)  
NR

Sí No DC



**13.1** Tipo de prueba(s): (Marque todas las que aplican.)

- Nasofaríngea       Saliva       Otro, especifique:  
 Nasal (anterior)       Sangre      \_\_\_\_\_  
 NR

**13.2** Fecha de la toma de la prueba positiva anterior: m\_\_\_\_\_/d\_\_\_\_\_/y\_\_\_\_\_

**14.** En los 14 días antes de la toma de la muestra con la prueba positiva para Sí No DC  
NR COVID-19 (de este estudio), ¿viajo fuera de Puerto Rico?  
(Si "Sí", pregunte 6.1.)

**14.1** ¿A qué estado(s) o país(es) viajó? (Si es en Estados Unidos/doméstico,  
especificar estados. Si es internacional, especificar países.)

- Destino/localidad(es)       Destino/localidad(es)       NR  
doméstica (estado):      Internacional (país):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15.** En los 14 días antes de la toma de la muestra con la prueba positiva para Sí No DK  
NR COVID-19, ¿tuvo contacto cercano (menos de 6 pies de distancia de  
alguien, por 15 minutos o más, en un periodo de 24 horas) con alguna  
persona que tenía COVID-19? (Si "Sí", pregunte 7.1 y 7.2.)

**15.1** Especifique relación con la persona(s) con COVID-19:

(Marque todas las que apliquen)

- Espos(a)/pareja       Trabajador del campo       Solo contacto, no  
 Hijo      de la salud      relación  
 Padre       Compañero de trabajo       Otro, especifique:  
 Otro familiar       Compañero de clase      \_\_\_\_\_  
 Amigo       Compañero de       NR  
casa/cuarto  
 Compañero de equipo  
deportivo

**15.2** Especifique el lugar donde tuvo en contacto con la persona con  
COVID-19: (Marque todas las que apliquen)

- Hogar       Otra tienda       Entorno médico  
 Trabajo       Evento deportivo       Otro, especifique:  
 Cuido, escuela, o       Concierto u Obra      \_\_\_\_\_  
universidad       Hotel       NR  
 Encuentro       Crucero  
familiar/fiesta       Tránsito (aéreo o por  
 Restaurante o barra      tierra)  
 Supermercado

**16.** Durante su enfermedad (si asintomático, luego de su primera prueba Sí No DC  
NR positiva para COVID-19), tomo precauciones para reducir el contacto con  
personas de su hogar? (Si "Sí", pregunte 8.1.)

**16.1** ¿Qué precauciones tomó? (Marque todas las que apliquen)

- Usó un cuarto separado
- Usó un baño separado
- Prohibió las visitas no esenciales
- Utilizó mascarilla cuando estaba junto a otras personas
- No compartió artículos del hogar (utensilios, sábanas)
- Limpió frecuentemente las superficies tocadas (*counters*, perillas, teclados, etc.) todos los días
- Aumentó el lavado de manos/uso de desinfectante de manos a base de alcohol
- NR

