

# Household Representative

Interviewer Name: \_\_\_\_\_ Group Number  
XX #

## Community Name:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El Tuque (TU)         | <input type="checkbox"/> Jardines del Caribe (JC) |
| <input type="checkbox"/> Pastillo (PT)         | <input type="checkbox"/> El Madrigal (MA)         |
| <input type="checkbox"/> Villa del Carmen (VC) | <input type="checkbox"/> Los Caobos/Villa Flores  |
| <input type="checkbox"/> Jaime L. Drew (JD)    | <input type="checkbox"/> /Alta Vista (CB)         |
| <input type="checkbox"/> Villa Grillasca (VG)  | <input type="checkbox"/> San Anton/La Constancia  |
| <input type="checkbox"/> Playa (PL)            | <input type="checkbox"/> /Vista Alegre (SA)       |
| <input type="checkbox"/> Coto Laurel (CT)      | <input type="checkbox"/> Punto Oro (PO)           |
| <input type="checkbox"/> Glenview (GL)         | <input type="checkbox"/> Santa Teresita (ST)      |

Interview Date: mm / dd / yyyy

Participant ID (HHID P PID): X X # # # # P 0 1

## Eligibility Criteria and Consent

Sleeps in this house **4+ nights/week**  Yes

**No concrete plans to move in next 6 months**  Yes

Age: \_\_\_\_\_ years

21-50

<21 but **Emancipated minor:**

- Lives independent of parents
- Married
- Has children

>50 but only available person to serve as HR

**Written consent done.**  Yes

**Postal Address:** (where lab results can be received)

Urbanización/PO Box  
Number and House  
Ponce PR Postal Code

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

(Household Representative) M / F / O Age: \_\_\_\_\_

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

NE = Not eligible  
DC = Unknown

# Household Representative

1. Do you **rent** or **own** this house?

1 - Own  2 - Rent  0 - Other: \_\_\_\_\_

2. How often is **trash** picked up from the street?

- Once a week
- More than once a week
- Every two weeks
- Once a month
- Never

3. Do you have any **animals** in your house?

Yes |  No

3a. Do you have any of the following animals?

Select all that apply.

- Horses
- Goats
- Pigs
- Chickens
- Cats
- Sheep
- Birds
- Dogs
- Fish
- Mice, rats, Guinea pigs, hamsters (pets)
- Reptiles (turtles, snakes, lizards)
- Cows
- None of these

4. Have you seen or found **rats** or **mice** in or around your house?

Yes |  No

5. How is **water** supplied to this house?

Select all that apply.

- AAA
- Well water
- Water pump
- From another house/neighbor/business
- Rain water
- Cistern/Water Tank
- Spring water
- Other: \_\_\_\_\_

6. Does this house have a **septic tank**?

Yes |  No

6a. **In the last 12 months**, how frequently did someone in your household **inspect** the septic tank?

- Daily
- Weekly
- Monthly
- Rarely
- Never
- Does not recall/No response

6b. Did you **seal** or **cover** cracks or openings?

Yes |  No | None found

7. How many **doors** and **windows** in this house have **screens** in good condition (not broken/without holes)?

All  Some  None

8. Do you use **air conditioning** in your house?

Yes |  No

9. What is your approximate **annual household income**?

- 1 - Less than \$10,000
- 2 - \$10,000 to less than \$20,000
- 3 - \$20,000 to less than \$30,000
- 4 - \$30,000 to less than \$40,000
- 5 - \$40,000 to less than \$50,000
- 6 - \$50,000 to less than \$60,000
- 7 - \$60,000 to less than \$70,000
- 8 - \$70,000 or more
- 0 - Prefers to respond in months.



9a. What is your approximate **monthly household income**?

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

10. **In the last 12 months**, have you used an exterminator to professionally treat your property for mosquitos?

Yes |  No

10a. Did you or another household member pay for the services, did another person outside of the household pay, or did you do an exchange of services?

- 1 - HR or other household member
- 2 - Other person outside of household
- 3 - Exchange of services
- 4 - Other



10b. How much **money** did you spend on **exterminators** for mosquitos in the last 12 months?

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

17. **In the last month**, how much **money** did you spend on **products** to prevent or control mosquitoes?

For example: on citronela candles, repellent, mosquito coils, bracelets, insecticides (Raid)

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

18. **In the last 12 months**, have you seen any of the following activities for the prevention and control of mosquitos in your community?

- Mosquito control **education campaigns**  Yes |  No
- Elimination of mosquito **breeding sites**  Yes |  No
- Insecticide/repellent** distribution  Yes |  No
- Fumigation/fogging** in the street  Yes |  No
- Larvicide** use in stagnant water  Yes |  No

For the following questions, please respond if you have done something:

**In the last 12 months**, since this month last year, how often did your household:

	Daily	Weekly	Monthly	Rarely	Never	Not applicable	Does not recall
11. Eliminate <b>stagnant water</b> around the house (ex: cleaning containers that collect water like flowerpots and/or gutters)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <b>Cover containers</b> that collect water	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <b>Empty trash cans</b> , drums, or in-ground trash cans if they had standing water	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Clean or remove <b>tires</b> and/or <b>debris</b> from yard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Spray <b>insecticide</b> or <b>fumigate indoors or outdoors</b> (ex: Blackjack, Real Kill, Raid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Burn <b>citronella candles</b> and/or <b>mosquito coils</b> (cobra, espiral, caracol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Individual: sociodemographic

Interviewer name: \_\_\_\_\_ Group number  
XX #

Interview date: MM / DD / YYYY

Participant number (HHID P PID): X X # # # # P # #

### Eligibility criteria and consent

- Sleeps in this house **4+ nights/week**  Yes
- Does not have definite plans to move (6 mo)  Yes
- Age: \_\_\_\_\_ years  Lives independently from parents
- 1-50  Married
- Emancipated minor:  Has children

### Consent (individuals 21+, parents of minors 1-20)

- Written consent completed.
- Agree to do the questionnaire.
- Agree to give a blood sample.
- Agree to the use of blood sample for future studies.
- Agree to be contacted weekly.
- Agree to be contacted yearly.

### Assent (minors only: verbal 7-13, written 14-20)

- Written consent completed (14-20).
- Verbal consent completed (7-13).
- Agree to do the questionnaire.
- Agree to give a blood sample.
- Agree to the storage of blood sample for use in future studies.

Name: \_\_\_\_\_  
Paternal Last Name Maternal Last Name First Name Initial

Sex:  Male  Female  Other

Date of birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD YYYY

### Preferred method(s) of contact:

- Cell phone (call): \_\_\_\_\_
- Text message: \_\_\_\_\_
- Home phone: \_\_\_\_\_
- Work phone: \_\_\_\_\_
- Other phone: \_\_\_\_\_
- Email: \_\_\_\_\_
- Mail
- Use Household Representative information

### Additional Contact (1): Name \_\_\_\_\_

- |   |   |                |
|---|---|----------------|
| Relationship                            | Method to contact:                          |                |
| <input type="checkbox"/> Brother/Sister | <input type="checkbox"/> Cell phone (call): | _____          |
| <input type="checkbox"/> Parent         | <input type="checkbox"/> Text message:      | Company: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child          | <input type="checkbox"/> Home phone:        | _____          |
| <input type="checkbox"/> Other family   | <input type="checkbox"/> Other phone:       | _____          |
| <input type="checkbox"/> Friend         | <input type="checkbox"/> Email:             | _____          |

Please provide 2 additional contacts on the next page (KAP)

# characteristics and clinical history

### D1. What is the highest level of education that you have obtained?

- No school
- Grades 1 to 5
- Grades 6 to 8
- Grades 9 to 11
- Completed grade 12 /GED
- Technical or associate's degree
- Bachelor's degree
- Professional degree
- Post-graduate study
- Special education

### D2. What is your current employment status?

Probe if necessary.

- Part-time employee
- Full-time employee
- Business owner
- Casual or Informal work
- Student
- Student and working
- Retired
- Unemployed
- Unable to work due to health problems
- Homemaker
- Other: \_\_\_\_\_

Minors 5-18 only (in school):  
D2.1 Name of your school: \_\_\_\_\_

### D3. Which of the following best describes your place of work?

- Primarily indoor work
- Primarily outdoor work
- Travel between different buildings or places of work
- Mostly in a car
- Variable
- Other: \_\_\_\_\_

### D4. Do you currently have health insurance? Yes | No

#### D4a. Type of insurance:

Read all options. Mark all that apply.

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

### D5. How many years have you been living in this community? \_\_\_\_

### D6. From 6am - 8pm, (14 hrs) how much time do you spend in your house or in this community or urbanization?

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

## CLINICAL HISTORY

Now I will ask you some questions about your medical history.

Women only: \_\_\_\_\_

C1. Are you pregnant?  Yes |  No

C2. How many weeks pregnant are you? \_\_\_\_\_

C3. Have you participated in any research study in which you received a vaccine for Zika or dengue?

- Zika |  Dengue |  None

---

**CLINICAL HISTORY: Current Fever**

---

F1. Do you have a fever **currently** or in the **last 7 days**?  Yes |  No

F2. Date that the fever **began**: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
MM DD YYYY

F3. Have you had any of the following **symptoms**?  
Read all the options. Mark all that apply.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion | <input type="checkbox"/> Red eyes                  |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea         | <input type="checkbox"/> Light bleeding            |
| <input type="checkbox"/> Abdominal pain   | (gums, nose, petechial, and/or bruising)           |
| <input type="checkbox"/> Joint pain       | <input type="checkbox"/> Heavy bleeding            |
| <input type="checkbox"/> Headache         | (bloody vomit/cough/stool, heavy vaginal bleeding) |
| <input type="checkbox"/> Sore throat      | <input type="checkbox"/> Rash                      |
| <input type="checkbox"/> Muscle pain      | <input type="checkbox"/> Cough                     |
| <input type="checkbox"/> Eye pain         | <input type="checkbox"/> Other: _____              |
| <input type="checkbox"/> Calf pain        |  |
| <input type="checkbox"/> Chills           |  |
| <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting  |  |

F4. Did you see a **doctor** for these symptoms?  Yes |  No

F4a. In which **clinic/hospital** was the doctor you saw?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital San Lucas              | <input type="checkbox"/> Clinica Metro Pavia |
| <input type="checkbox"/> Hospital Damas                  | Ponce  |
| <input type="checkbox"/> Hospital San Cristobal          | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa    |
| <input type="checkbox"/> Hospital Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque  |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clinico: _____      |  |

F4b. Was it an **emergency room** or **doctor's office**?

- Emergency Room     Doctor's Office     Other

F4c. Did the **doctor diagnose** you with any of the following illnesses?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dengue      | <input type="checkbox"/> Viral syndrome |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya | <input type="checkbox"/> Influenza      |
| <input type="checkbox"/> Zika        | <input type="checkbox"/> Other: _____   |

F5. Were you **hospitalized**?  Yes |  No

F5a. **How many days** were you hospitalized? \_\_\_ days

F5b. In which **hospital**?

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

F6. How many days of **work** did you miss for being sick? \_\_\_ days

F7. How many days of **school** did you miss for being sick? \_\_\_ days

F8. Did someone else have to miss **work** to help you while you were sick?

*If multiple people took care of the participant, add all the days missed together.*     Yes |  No

F8a. How many days of **work** did they miss? \_\_\_\_\_

F9. Did someone else have to miss **school** to help you while you were sick?

*Add all the days missed together.*     Yes |  No

F9a. How many days of **school** did they miss? \_\_\_\_\_

F10. Approximately how much **money** did you spend during the illness, including doctor's visits, medications, and transportation costs? \$\_\_\_\_\_  Does not recall

---

**CLINICAL HISTORY: Fever in the last year**

---

H1. Have you had (another) fever in the **last 12 months**, since this month of the past year?  Yes |  No

H2. Date that the fever **began**: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
MM DD YYYY

H3. Did you have any of the following **symptoms**?  
Read all the options. Mark all that apply.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion | <input type="checkbox"/> Red eyes                  |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea         | <input type="checkbox"/> Light bleeding            |
| <input type="checkbox"/> Abdominal pain   | (gums, nose, petechial, and/or bruising)           |
| <input type="checkbox"/> Joint pain       | <input type="checkbox"/> Heavy bleeding            |
| <input type="checkbox"/> Headache         | (bloody vomit/cough/stool, heavy vaginal bleeding) |
| <input type="checkbox"/> Sore throat      | <input type="checkbox"/> Rash                      |
| <input type="checkbox"/> Muscle pain      | <input type="checkbox"/> Cough                     |
| <input type="checkbox"/> Eye pain         | <input type="checkbox"/> Other: _____              |
| <input type="checkbox"/> Calf pain        |  |
| <input type="checkbox"/> Chills           |  |
| <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting  |  |

H4. Did you see a **doctor** for these symptoms?  Yes |  No

H4a. In which **clinic/hospital** was the doctor you saw?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital San Lucas              | <input type="checkbox"/> Clinica Metro Pavia |
| <input type="checkbox"/> Hospital Damas                  | Ponce  |
| <input type="checkbox"/> Hospital San Cristobal          | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa    |
| <input type="checkbox"/> Hospital Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque  |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clinico: _____      |  |

H4b. Was it an **emergency room** or **doctor's office**?

- Emergency Room     Doctor's Office     Other

H4c. Did the **doctor diagnose** you with any of the following illnesses?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dengue      | <input type="checkbox"/> Viral syndrome |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya | <input type="checkbox"/> Influenza      |
| <input type="checkbox"/> Zika        | <input type="checkbox"/> Other: _____   |

H5. Were you **hospitalized**?  Yes |  No

H5a. **How many days** were you hospitalized? \_\_\_ days

H5b. In which **hospital**?

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

H6. How many days of **work** did you miss for being sick? \_\_\_ days

H7. How many days of **school** did you miss for being sick? \_\_\_ days

H8. Did someone else have to miss **work** to help you while you were sick?

*If multiple people took care of the participant, add all the days missed together.*     Yes |  No

H8a. How many days of **work** did they miss? \_\_\_\_\_

H9. Did someone else have to miss **school** to help you while you were sick?

*Add all the days missed together.*     Yes |  No

H9a. How many days of **school** did they miss? \_\_\_\_\_

H10. Approximately how much **money** did you spend during the illness, including doctor's visits, medications, and transportation costs? \$\_\_\_\_\_  Does not recall

## KAP: Adults and Adolescents

1. If you could **change** or **improve** three things in your community, what would they be?

Do **not** read the options; it is okay if they only provide 1-2 answers.

- Standing water
- Environmental/Pollution
- Stray animals
- Crime/Gangs/Safety
- Potable water distribution
- Drugs
- Electricity
- Teen pregnancy
- Sexually transmitted diseases/HIV
- Diseases transmitted by mosquitoes (dengue, Zika, chikungunya)
- Debris
- Lack of sewage system
- Children's health
- Maintenance of green spaces
- Flies, no-see-ums, other insects
- Mosquitoes
- Homelessness
- Trash removal
- Messy or dirty neighborhood
- None
- Other: \_\_\_\_\_

2. In the **last 12 months**, since this month of the past year, which of the following sources have you used to **obtain health information**?

Probe if necessary. Select all that apply.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> School                | <input type="checkbox"/> Social networks (Facebook, Twitter, Instagram) |
| <input type="checkbox"/> Brochures             |   |
| <input type="checkbox"/> Internet              | <input type="checkbox"/> Community meetings                             |
| <input type="checkbox"/> Children              | <input type="checkbox"/> TV   |
| <input type="checkbox"/> Newspapers/magazines  | <input type="checkbox"/> Neighbors                                      |
| <input type="checkbox"/> Official spokespeople | <input type="checkbox"/> WhatsApp                                       |
| <input type="checkbox"/> Health professionals  |   |
| <input type="checkbox"/> Radio                 |   |

3. Do you think that **mosquitoes transmit** diseases?

Yes |  No

4. In the **next 12 months**, how much risk do you think there is in this house of becoming sick with:

- |                |  |
|----------------|--|
| a. Dengue      | <input type="checkbox"/> High   <input type="checkbox"/> Low   <input type="checkbox"/> None |
|                | <input type="checkbox"/> None because I have had it  |
| b. Zika        | <input type="checkbox"/> High   <input type="checkbox"/> Low   <input type="checkbox"/> None |
|                | <input type="checkbox"/> None because I have had it  |
| c. Chikungunya | <input type="checkbox"/> High   <input type="checkbox"/> Low   <input type="checkbox"/> None |
|                | <input type="checkbox"/> None because I have had it  |

5. Would you go to the doctor if you thought you had chikungunya, dengue, or Zika?

Yes |  No |  Only if the symptoms were severe

## KAP: Adults and Adolescents

6. Do you think that diseases transmitted by mosquitos such as dengue, Zika and chikungunya are a problem in your community?

Yes |  No

7. Have you used **mosquito repellent** in the **last 30 days**?

Yes |  No

7a. What **type of repellent** have you used to prevent mosquito bites?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Citronella               | <input type="checkbox"/> Natural/Artisanal/<br>Homemade<br>repellents |
| <input type="checkbox"/> Store-bought spray (Off) |   |
| <input type="checkbox"/> Cream                    |   |
| <input type="checkbox"/> Towelettes               | <input type="checkbox"/> Other: _____                                 |

8. In the **last 12 months**, how often have you used a **mosquito net**?

- Daily
- One time per week
- One time per month
- Rarely
- Never

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

Read the options. Select all that apply.

- Around the house outside
- Inside the house
- Work
- School
- Community sports field
- Somewhere else in the community
- Somewhere else outside of the community
- Mosquitoes do not bite me

A **mosquito-breeding site** is anything that retains water that enables mosquitoes to reproduce. Mosquitoes can even reproduce in an area as small as a bottle cap.

10. Currently, what are the **most common** mosquito **breeding sites** in this community?

Select all that apply, do **not** read the options.

- Hollow trees
- Abandoned houses
- Neighbors' houses
- Garbage containers
- Drains
- Debris from hurricane
- Tires
- Other containers
- Pools in abandoned houses
- Untreated pools
- Septic tanks
- Ground (floor)
- Rooves
- There are no breeding sites
- Other: \_\_\_\_\_

11. Do you think controlling **mosquito-breeding sites** is a good strategy to prevent mosquito-borne diseases?

Yes |  No

12. In the **last 12 months**, have you **spoken** with any of the following people about how to **control** mosquitoes?

- a. Your family  Yes |  No
- b. Your neighbors  Yes |  No
- c. Your community  Yes |  No

13. Do you think that **your community should do more** to **control** mosquitoes?

Yes |  No

14. Who do you think is **responsible** for **controlling** mosquitoes?

- a. The government and/or the Department of Health?  Yes |  No
- b. You?  Yes |  No

15. Do you think it is worth it to **invest time and money** each month to **control mosquitoes** inside and outside the house?

Yes |  No

16. Did you know that we would be here in your community?

Yes |  No

16a. How did you find out that we would be in your community?

- Through the community leader
- Informational flyer
- Through someone else  
→ Who? \_\_\_\_\_
- Facebook  
→ Which page? \_\_\_\_\_
- Loud speaker  
→ Where? \_\_\_\_\_
- Radio  
→ Which station? \_\_\_\_\_
- Street banner
- Newspaper  
→ Which one? \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

Additional Contact (2): Name \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| Relationship                            | Method to contact:                                      |
| <input type="checkbox"/> Brother/Sister | <input type="checkbox"/> Cell phone (call): _____       |
| <input type="checkbox"/> Parent         | <input type="checkbox"/> Text message: → Company: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child          | <input type="checkbox"/> Home phone: _____              |
| <input type="checkbox"/> Other family   | <input type="checkbox"/> Other phone: _____             |
| <input type="checkbox"/> Friend         | <input type="checkbox"/> Email: _____                   |

Additional Contact (3): Name \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| Relationship                            | Method to contact:                                      |
| <input type="checkbox"/> Brother/Sister | <input type="checkbox"/> Cell phone (call): _____       |
| <input type="checkbox"/> Parent         | <input type="checkbox"/> Text message: → Company: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child          | <input type="checkbox"/> Home phone: _____              |
| <input type="checkbox"/> Other family   | <input type="checkbox"/> Other phone: _____             |
| <input type="checkbox"/> Friend         | <input type="checkbox"/> Email: _____                   |

### Participant Laboratory Data

Participant ID: \_\_\_\_\_ P

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

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

No: COPA

Yes: COPA\_SYM

	Yes	No
PARTICIPANT BARCODE	Serum <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serum <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dried Blood Spot <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## KAP: Older Children (12-13)

1. If you could **change** or **improve** three things in your community, what would they be?

*Do not read the options; it is okay if they only provide 1-2 answers.*

- Standing water
- Environmental/Pollution
- Stray animals
- Crime/Gangs/Safety
- Potable water distribution
- Drugs
- Electricity
- Teen pregnancy
- Sexually transmitted diseases/HIV
- Diseases transmitted by mosquitoes (dengue, Zika, chikungunya)
- Debris
- Lack of sewage system
- Children's health
- Maintenance of green spaces
- Flies, no-see-ums, other insects
- Mosquitoes
- Homelessness
- Trash removal
- Messy or dirty neighborhood
- None
- Other: \_\_\_\_\_

2. In the **last 12 months**, since this month of the past year, which of the following sources have you used to **obtain health information**?

*Probe if necessary. Select all that apply.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> School                | <input type="checkbox"/> Social networks (Facebook, Twitter, Instagram) |
| <input type="checkbox"/> Brochures             | <input type="checkbox"/> Community meetings                             |
| <input type="checkbox"/> Internet              | <input type="checkbox"/> TV   |
| <input type="checkbox"/> Children              | <input type="checkbox"/> Neighbors                                      |
| <input type="checkbox"/> Newspapers/magazines  | <input type="checkbox"/> WhatsApp                                       |
| <input type="checkbox"/> Official spokespeople |   |
| <input type="checkbox"/> Health professionals  |   |
| <input type="checkbox"/> Radio                 |   |

6. Do you think that diseases transmitted by mosquitos such as dengue, Zika and chikungunya are a problem in your community?

Yes |  No

7. Have you used **mosquito repellent** in the **last 30 days**?

Yes |  No

7a. What **type of repellent** have you used to prevent mosquito bites?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Citronella               | <input type="checkbox"/> Natural/Artisanal/Homemade repellants |
| <input type="checkbox"/> Store-bought spray (Off) |  |
| <input type="checkbox"/> Cream                    |  |
| <input type="checkbox"/> Towelettes               | <input type="checkbox"/> Other: _____                          |

## KAP: Older Children (12-13)

8. In the **last 12 months**, how often have you used a **mosquito net**?

- Daily
- One time per week
- One time per month
- Rarely
- Never

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

*Read the options. Select all that apply.*

- Around the house outside
- Inside the house
- Work
- School
- Community sports field
- Somewhere else in the community
- Somewhere else outside of the community
- Mosquitoes do not bite me

A **mosquito-breeding site** is anything that retains water that enables mosquitoes to reproduce. Mosquitoes can even reproduce in an area as small as a bottle cap.

11. Do you think controlling **mosquito-breeding sites** is a good strategy to prevent mosquito-borne diseases?

Yes |  No

12. In the **last 12 months**, have you **spoken** with any of the following people about how to **control** mosquitoes?

- |                   |  |
|-------------------|--|
| a. Your family    | <input type="checkbox"/> Yes   <input type="checkbox"/> No |
| b. Your neighbors | <input type="checkbox"/> Yes   <input type="checkbox"/> No |
| c. Your community | <input type="checkbox"/> Yes   <input type="checkbox"/> No |

13. Do you think that **your community should do more to control** mosquitoes?

Yes |  No

14b. Do you think **you are responsible for controlling** mosquitoes?

Yes |  No

---

### Participant Laboratory Data

Participant ID: \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

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

Additional Contact (2): Name \_\_\_\_\_

Relationship Method to contact:  
 Brother/Sister  Cell phone (call): \_\_\_\_\_  
 Parent  Text message: → Company: \_\_\_\_\_  
 Child  Home phone: \_\_\_\_\_  
 Other family  Other phone: \_\_\_\_\_  
 Friend  Email: \_\_\_\_\_

Additional Contact (3): Name \_\_\_\_\_

Relationship Method to contact:  
 Brother/Sister  Cell phone (call): \_\_\_\_\_  
 Parent  Text message: → Company: \_\_\_\_\_  
 Child  Home phone: \_\_\_\_\_  
 Other family  Other phone: \_\_\_\_\_  
 Friend  Email: \_\_\_\_\_

---

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

No: COPA

Yes: COPA\_SYM

Yes No

PARTICIPANT  
BARCODE

Serum

Serum

Dried Blood Spot



## KAP: Younger Children (7-11)

2. In the **last 12 months**, since this month of the past year, which of the following sources have you used to **obtain health information**?

Probe if necessary. Select all that apply.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> School                | <input type="checkbox"/> Social networks<br>(Facebook,<br>Twitter, Instagram) |
| <input type="checkbox"/> Brochures             | <input type="checkbox"/> Community<br>meetings                                |
| <input type="checkbox"/> Internet              | <input type="checkbox"/> TV   |
| <input type="checkbox"/> Children              | <input type="checkbox"/> Neighbors  |
| <input type="checkbox"/> Newspapers/magazines  | <input type="checkbox"/> WhatsApp   |
| <input type="checkbox"/> Official spokespeople |   |
| <input type="checkbox"/> Health professionals  |   |
| <input type="checkbox"/> Radio                 |   |

6. Do you think that diseases transmitted by mosquitos such as dengue, Zika and chikungunya are a problem in your community?

Yes |  No

8. In the **last 12 months**, how often have you used a mosquito net?

- Daily  
 One time per week  
 One time per month  
 Rarely  
 Never

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

Read the options. Select all that apply.

- Around the house outside  
 Inside the house  
 Work  
 School  
 Community sports field  
 Somewhere else in the community  
 Somewhere else outside of the community  
 Mosquitoes do not bite me

A **mosquito-breeding site** is anything that retains water that enables mosquitoes to reproduce. Mosquitoes can even reproduce in an area as small as a bottle cap.

11. Do you think controlling **mosquito-breeding sites** is a good strategy to prevent mosquito-borne diseases?

Yes |  No

13. Do you think that **your community should do more to control** mosquitoes?

Yes |  No

14b. Do you think **you** are **responsible** for **controlling** mosquitoes?

Yes |  No

## KAP: Younger Children (7-11)

Additional Contact (2): Name \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| Relationship                            | Method to contact:                                      |
| <input type="checkbox"/> Brother/Sister | <input type="checkbox"/> Cell phone (call): _____       |
| <input type="checkbox"/> Parent         | <input type="checkbox"/> Text message: → Company: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child          | <input type="checkbox"/> Home phone: _____              |
| <input type="checkbox"/> Other family   | <input type="checkbox"/> Other phone: _____             |
| <input type="checkbox"/> Friend         | <input type="checkbox"/> Email: _____                   |

Additional Contact (3): Name \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| Relationship                            | Method to contact:                                      |
| <input type="checkbox"/> Brother/Sister | <input type="checkbox"/> Cell phone (call): _____       |
| <input type="checkbox"/> Parent         | <input type="checkbox"/> Text message: → Company: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child          | <input type="checkbox"/> Home phone: _____              |
| <input type="checkbox"/> Other family   | <input type="checkbox"/> Other phone: _____             |
| <input type="checkbox"/> Friend         | <input type="checkbox"/> Email: _____                   |

### Participant Laboratory Data

Participant ID: \_\_\_\_\_ P

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

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

No: COPA

Yes: COPA\_SYM

PARTICIPANT  
BARCODE

- |                  | Yes                      | No                       |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Serum            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Serum            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dried Blood Spot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 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.

## 1. Have you ever heard of indoor residual spraying (IRS)?

Yes |  No |  Doesn't know |  No response

*Interviewer:* Show the visual aid for IRS.

**Interviewer read the following:**

- In this type of spraying, a licensed professional worker sprays the walls and other surfaces inside a house with a long-lasting insecticide, meaning that the insecticide continues working for several months.
- This way, the mosquitoes that rest on the sprayed surfaces, die.
- It might have a slight odor for several hours after applying it, but it does not cause harm to people when it is done correctly.
- It requires the permission and availability of a resident to enter the house to spray.
- To be effective in reducing number of mosquitoes, it needs to be applied to the majority of houses in an area.
- The spraying should be reapplied every 1 to 3 months to keep mosquito populations low.
- Over time, with repeated use, mosquitoes can become resistant to insecticides. Resistance means that the mosquitoes get used to the insecticide and do not die when they rest on sprayed surfaces.
- IRS has been used in many countries, including PR and USA.

### 1a. Would you support the use of indoor residual spraying?

*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
- Strong smell
- Other: \_\_\_\_\_

---

2. Have you ever heard of **AGO traps for mosquitoes?**

Yes |  No |  Doesn't know |  No response

*Interviewer: Show the visual aid for AGO traps.*

**Interviewer read the following:**

- AGOs have two components: a 5-gallon black plastic container with water and hay, and a capture chamber that contains sticky paper and a metal screen.
- The water and hay, and the dark color of the trap, attract female mosquitoes that look for containers to lay their eggs.
- Once the female mosquito is inside the capture chamber of the trap, the screen prevents it reaching the water.
- When the mosquito rests on the walls of the capture chamber, it gets stuck to the sticky paper.
- No professionally trained staff are needed to install the trap.
- Traps require maintenance every 2 months to maintain efficacy and avoid becoming mosquito breeding sites.
- To reduce the number of mosquitoes, AGOs must be used in the majority of houses in a community.
- AGOs have been used in several places in Puerto Rico, including Caguas and Salinas, and have reduced the number of mosquitoes.

2a. Would you support the use of **AGO traps for mosquitoes?**

*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
- If the traps are not maintained they can become mosquito breeding sites
- Other: \_\_\_\_\_

---

**Sterile Insect Technique**

**Interviewer read the following:**

- Sterile Insect Technique is a method to control insects and has been used for many different insect species.
- The principle of the sterile insect technique involves releasing many sterile male insects to compete with wild fertile male insects.
- When a female mates with an introduced sterile male, there are no offspring and the population of the insects will decrease.
- In mosquitoes, there are different ways of making the males sterile. Examples include: genetic modification and introduction of a bacteria. Both of these are created in a lab.
- 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.
- This technique can be used in many different insects and has been used primarily in agriculture.
- Each use of sterile insect technique is species-specific and does not pose a risk to humans or other animals or insects.

**Now we will discuss two ways of using sterile insect technique in mosquitoes.**

---

3. 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. Female mosquitoes are not released.
- 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.
- 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 genetically modified mosquitoes stop.
- 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.
- At present, they have not been evaluated in the US, but permissions have been granted for evaluations to take place in a number of states in the US.

3a. Would you support the use of **male genetically modified mosquitoes**?

*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 GM mosquitoes  
 GM mosquitoes could transmit their genes to other mosquitoes, people, or animals  
 Other: \_\_\_\_\_

---

4. 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.
- There is a type of Wolbachia that makes *Aedes aegypti* mosquitoes less capable of transmitting dengue, chikungunya, and Zika viruses to people.
- Since this type of Wolbachia has not been found in *Aedes aegypti* mosquitoes, scientists have introduced this bacterium in the mosquitoes in a lab, so that they are less capable of transmitting viruses.
- Wolbachia does not cause disease in humans and its use is safe for people, animals and the environment.

**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. Female mosquitoes carrying Wolbachia are not released. When it is used this way, it is considered a sterile insect technique.
- When male mosquitoes carrying Wolbachia mate with wild females without Wolbachia.
- These female mosquitoes without *Wolbachia* lay their eggs, but these do not hatch.
- Los mosquitos deben liberarse varias veces a la semana a lo largo del tiempo para mantener bajas las poblaciones de mosquitos.
- 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.
- Male mosquitoes with Wolbachia have been used in California and the Florida Keys and have been approved for evaluation in Miami, FL.

4a. ¿ Would you support the use of **male mosquitoes with *Wolbachia***?

*Interviewer: Read the responses.*

- Support
- Neutral
- Oppose
- No response



4b. 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: \_\_\_\_\_

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

Interviewer read the following:

- There is another way to use Wolbachia, that is not a sterile insect technique, in which both **female and male *Aedes aegypti*** mosquitoes carrying *Wolbachia* are released.
- When the female mosquito carrying *Wolbachia* mates with a male mosquito with or without *Wolbachia*, the bacterium is passed through the female to its offspring from generation to generation.
- Over time, the amount of mosquitoes carrying *Wolbachia* increases and replaces the wild mosquitoes without *Wolbachia*.
- After releasing these mosquitoes many times over a period of months, the population of mosquitoes carrying *Wolbachia* will stay stable without the need for further releases.
- Mosquitoes carrying *Wolbachia* are less capable of disease transmission.
- There will still be mosquitoes in the community—the intention of this method is not the reduction of the number of mosquitoes but to reduce the risk of disease outbreaks.
- This technology has been used in Colombia, Brazil, and other countries. Currently, there are no established regulations for the use of both male and female mosquitoes carrying *Wolbachia* in the US.

5a. Would you support the use of **male and female mosquitoes with *Wolbachia***?

*Interviewer: Read the responses.*

- Support
- Neutral
- Oppose
- No response



5b. 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*
- It doesn't make sense because we will still have mosquitoes
- Other: \_\_\_\_\_

6. Have you ever heard of **larvicides**?

Yes |  No |  Doesn't know |  No

*Interviewer: Show the visual aid for larvicides.*

**Interviewer read the following:**

- Larvicides are insecticides that kill mosquito larvae. If applied correctly, larvicides can potentially reduce the number of adult mosquitoes.
- There are different types of larvicides and they come in different formulations, for example: liquid, granules and briquettes. Liquid larvicides can be applied using truck mounted equipment, spraying them over houses, vegetation, empty lots and other places. In this way, this method may be effective to treat most of the places where larvae are found.
- Larvicides can also be applied manually to water where larvae are found, for example, fountains, tree holes, gutters, etc.
- When larvicide is used according to specific label instructions, it does not affect the environment, people, or pets.
- Larvicide application needs to be repeated according to specific label instructions.
- Although unlikely, with repeated use, larvae could become resistant to the effects of larvicides. Resistance means that the larvae resists the effects of the larvicide and don't die.
- Larvicides are used around the world.

6a. Would you support the use of **larvicides**?

*Interviewer: Read the responses.*

- Support
- Neutral
- Oppose
- No response



6b. 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 larvicides
- Other: \_\_\_\_\_

# Representante del Hogar

Número de grupo  
XX #

Nombre de entrevistador:

Nombre de esta Comunidad:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El Tuque (TU)         | <input type="checkbox"/> Jardines del Caribe (JC) |
| <input type="checkbox"/> Pastillo (PT)         | <input type="checkbox"/> El Madrigal (MA)         |
| <input type="checkbox"/> Villa del Carmen (VC) | <input type="checkbox"/> Los Caobos/Villa Flores  |
| <input type="checkbox"/> Jaime L. Drew (JD)    | <input type="checkbox"/> /Alta Vista (CB)         |
| <input type="checkbox"/> Villa Grillasca (VG)  | <input type="checkbox"/> San Antón/La Constancia  |
| <input type="checkbox"/> Playa (PL)            | <input type="checkbox"/> /Vista Alegre (SA)       |
| <input type="checkbox"/> Coto Laurel (CT)      | <input type="checkbox"/> Punto Oro (PO)           |
| <input type="checkbox"/> Glenview (GL)         | <input type="checkbox"/> Santa Teresita (ST)      |

Fecha de Entrevista: mm / dd / aaaa

Número de participante (HHID P PID): XX # # # # P 0 1

### Criterios de elegibilidad y consentimiento

Duerme en esta casa 4+ noches/semana  Sí

Edad: \_\_\_\_\_ años

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 21-50   | <input type="checkbox"/> Vive independiente de los padres<br><input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Tiene hijos |
| <input type="checkbox"/> <21 pero Menor emancipado:                    |  |
| <input type="checkbox"/> >50 pero unica persona disponible para ser RH |  |

Consentimiento escrito hecho.  Sí

Dirección Postal: (donde puede recibir los resultados)

Urbanización/PO Box  
Número y Calle  
Ponce PR Código Postal

¿Cuántas personas viven en esta casa (4 o más noches por semana) incluyéndolo/a a usted? \_\_\_\_\_

(Representante del Hogar) M / F / O Edad: \_\_\_\_\_

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

NE = No es elegible  
DC = Desconocido

# Representante del Hogar

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

- Dueño  Alquila  Otro: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuán frecuente recogen la basura en la calle?

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Una vez a la semana        | <input type="checkbox"/> Mensual |
| <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Nunca   |
| <input type="checkbox"/> Cada dos semanas           |                                  |

3. ¿Usted tiene **animales** en su casa?

Sí |  No

3a. ¿Tiene alguno de los **siguientes animales** en su casa? Marque todos que aplique.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caballos        | <input type="checkbox"/> Perros  |
| <input type="checkbox"/> Cabras          | <input type="checkbox"/> Pez/peces                                     |
| <input type="checkbox"/> Cerdos          | <input type="checkbox"/> Ratones, ratas, (mascotas) guimos, o hamsters |
| <input type="checkbox"/> Gallinas/Gallos | <input type="checkbox"/> Reptiles (tortugas, culebras, lagartijos)     |
| <input type="checkbox"/> Gatos           | <input type="checkbox"/> Vacas   |
| <input type="checkbox"/> Ovejas          | <input type="checkbox"/> Ninguno de los mencionados                    |
| <input type="checkbox"/> Pájaros         |  |

4. ¿Ha visto o encontrado **ratas/ratones** adentro o alrededor de su casa?

Sí |  No

5. ¿De dónde proviene el **servicio de agua** de esta vivienda? Marque todos que aplique.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AAA                             | <input type="checkbox"/> Agua de lluvia    |
| <input type="checkbox"/> Agua de pozo                    | <input type="checkbox"/> Oasis/Cisterna    |
| <input type="checkbox"/> Bombas de agua                  | <input type="checkbox"/> Agua de manantial |
| <input type="checkbox"/> De otra vivienda/vecino/empresa | <input type="checkbox"/> Otro: _____       |

6. ¿Esta vivienda tiene un **pozo séptico**?

Sí |  Sí, pero no está en uso |  No

6a. En los **últimos 12 meses**, ¿Cuán frecuente en su hogar **inspeccionaron** el pozo séptico?

- Diariamente  
 Una vez a la semana  
 Una vez al mes  
 Rara vez  
 Nunca  
 No recuerda/No responde

6b. ¿**Sellaron** o **taparon** grietas o aberturas?

Sí |  No |  No habían

7. ¿Cuántas **ventanas y puertas** de esta casa tienen tela metálica ("escrines") en buen estado (que no están rotas)?

- Todas  Algunas  Ninguna

8. ¿Utiliza **aire acondicionado** en su casa?

Sí |  No

9. ¿Cuál es el **ingreso anual** aproximado de su familia?

- Menos de \$10,000
- \$10,000 a menos de \$20,000
- \$20,000 a menos de \$30,000
- \$30,000 a menos de \$40,000
- \$40,000 a menos de \$50,000
- \$50,000 a menos de \$60,000
- \$60,000 a menos de \$70,000
- \$70,000 o más
- Prefiere responder en meses.

9a. ¿Cuál es el **ingreso mensual** aproximado de su familia?

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

10. En los **últimos 12 meses**, ¿Ha usado un **exterminador** para tratar profesionalmente su propiedad contra mosquitos?

Sí |  No

10a. ¿Usted/otro miembro del hogar pagó, otra persona afuera del hogar pagó, o hicieron un intercambio de servicios?

- Usted/otro miembro del hogar
- Otra persona afuera del hogar
- Hicieron un intercambio de servicios
- Otro

10b. ¿Cuánto **dinero** gastó en **exterminadores** en los últimos 12 meses?

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

Para las siguientes preguntas, por favor responda si lo ha hecho:

**En los últimos 12 meses**, desde este mes del año pasado, cuán frecuente en su hogar:

	Diariamente	Una vez/semana	Una vez al mes	Rara vez	Nunca	No aplica/ No recuerda
11. Eliminaron <b>agua acumulada</b> alrededor de la casa (por ej.) limpiando recipientes que recolectan agua como tastos y desagües	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <b>Taparon recipientes</b> que recogen agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Limpiaron o removieron <b>gomas</b> y/o <b>escombros</b> de los patios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Usaron <b>insecticida</b> o <b>fumigaron dentro o afuera</b> de la casa (por ejemplo: Blackjack, Real Kill, Raid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <b>Vaciaron zafacones/drones/zafacones soterrados</b> si tienen agua acumulada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Usaron <b>velas de citronela</b> y/o <b>serpentinás</b> (cobra, espiral, caracol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. **En el último mes**, ¿Cuánto **dinero** gastó en **productos** para protegerse de o controlar mosquitos?

Por ejemplo: en velas de citronela, repelente, espirales, pulseras, insecticidas (Raid)

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

18. **En los últimos 12 meses**, ¿Ha habido alguna de las siguientes actividades para la prevención y el control de mosquitos en su comunidad?

**Campañas de educación** sobre cómo prevenir mosquitos  Sí |  No

**Eliminación de criaderos** de mosquitos  Sí |  No

Entrega de **insecticidas** o **repelentes**  Sí |  No

**Fumigación** en las calles  Sí |  No

Uso de **larvicidas** en agua estancada  Sí |  No



## Individuo: características socio-

Nombre de **entrevistador:** \_\_\_\_\_ Número de grupo  
XX #

**Fecha de Entrevista:** mm / dd / aaaa

Número de participante (**HHID P PID**): X X # # # # P # #

### Criterios de elegibilidad y consentimiento

**Duerme en esta casa 4+ noches/semana**  Sí  
**No tiene planes concretos de mudarse (6 me)**  Sí

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

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

- Consentimiento escrito hecho**
- Acepto hacer el **cuestionario**.
- Acepto dar una **muestra** de sangre.
- Acepto que **utilicen** mi muestra para **estudios futuros**.
- Acepto ser **contactado semanalmente**.
- Acepto ser **contactado anualmente**.

### Asentimiento (solo menores: verbal 7-13, escrito 14-20)

- Asentimiento escrito hecho (14-20)**
- Asentimiento verbal hecho (7-13)**
- Acepto hacer el **cuestionario**.
- Acepto dar una **muestra** de sangre.
- Acepto que **utilicen** mi muestra de sangre para **estudios futuros**.

### Nombre:

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino  Otro

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

### Método preferido para ser **contactado**:

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

### Contacto Adicional (1): Nombre \_\_\_\_\_

Relación	Método de contacto:
<input type="checkbox"/> Hermana/o	<input type="checkbox"/> Llamada al celular: _____
<input type="checkbox"/> Padre/madre	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto <b>→</b> 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	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____

**Proveer 2 contactos adicionales en la próxima página (KAP)**

## demográficas e historia clínica

**D1. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha obtenido?**

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

**D2. ¿Cuál es su situación laboral actual?**

*Sondear si es necesario.*

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

Solo niños 5-18 (en escuela):  
**D2.1 Nombre de su escuela:** \_\_\_\_\_

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

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

**D4. ¿Tiene plan médico actualmente?**  Sí |  No

**D4a. Tipo de plan:**

*Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.*

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

**D5. ¿Cuántos años lleva viviendo en esta comunidad?** \_\_\_\_\_

**D6. De 6am - 8pm, (14 hrs) ¿cuántas horas se encuentra usted en su casa o en esta comunidad o urbanización?**

lunes: \_\_\_\_\_ horas      viernes: \_\_\_\_\_ horas  
martes: \_\_\_\_\_ horas  
miércoles: \_\_\_\_\_ horas      sábado: \_\_\_\_\_ horas  
jueves: \_\_\_\_\_ horas      domingo: \_\_\_\_\_ horas

### HISTORIA CLINICA

*Ahora le haré algunas preguntas sobre su historial médico.*

\_\_\_\_\_ Solo mujeres: \_\_\_\_\_

**C1. ¿Está embarazada?**  Sí |  No

**C2. ¿Cuántas semanas de gestación tiene?** \_\_\_\_\_

**C3. ¿Usted ha participado en algún estudio de investigación en el que le hayan aplicado una vacuna contra el Zika o el dengue?**  Zika |  Dengue |  Ninguna

## HISTORIA CLINICA: Fiebre Actual

F1. ¿Tiene fiebre actualmente o en los últimos 7 días?  Sí |  No

F2. Fecha que **empezó** la fiebre: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
MM DD YYYY

F3. En esta enfermedad, ¿Ha tenido alguno de los siguientes **síntomas**? Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal            | <input type="checkbox"/> Ojos rojos  |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                     | <input type="checkbox"/> Sangrado ligero<br>(en las encías, en la nariz, petequias, o hematomas)             |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal             | <input type="checkbox"/> Sangrado abundante<br>(vómito con sangre/tos/<br>heces, sangrado vaginal abundante) |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza             | <input type="checkbox"/> Tos   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta           | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular              |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos           |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas   |  |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos                 |  |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos             |  |

F4. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas?  Sí |  No

F4a. ¿En que **centro** fue el medico que usted consulto?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital San Lucas              | <input type="checkbox"/> Clínica Metro Pavia Ponce |
| <input type="checkbox"/> Hospital Damas                  | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa          |
| <input type="checkbox"/> Hospital San Cristobal          | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque        |
| <input type="checkbox"/> Hospital Metropolitano Dr. Pila |  |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clinico: _____      |  |

F4b. ¿Fue una **sala de emergencia** o **oficina medica**?

- Sala de Emergencia  Oficina Medica  Otro

F4c. ¿**El médico** le **diagnosticó** con alguna de las siguientes enfermedades?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dengue      | <input type="checkbox"/> Síndrome Viral |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya | <input type="checkbox"/> Influenza      |
| <input type="checkbox"/> Zika        | <input type="checkbox"/> Otra: _____    |

F5. ¿Estuvo **hospitalizado(a)**?  Sí |  No

F5a. ¿**Cuántos días** estuvo hospitalizado(a)? \_\_\_\_\_ días

F5b. ¿En cuál **hospital**?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> San Lucas              | <input type="checkbox"/> Concepción/San Germán    |
| <input type="checkbox"/> Damas                  | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San Germán |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal          | <input type="checkbox"/> Pavia/Yauco              |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano/Dr. Pila |   |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama       | <input type="checkbox"/> Otro: _____              |

F6. ¿Cuántos días de **trabajo** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_

F7. ¿Cuántos días de **escuela** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_

F8. ¿Alguien tuvo que perder días de **trabajo** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)?

*Si más de una persona cuidó al participante, suma todos los días que perdieron*  Sí |  No

F8a. ¿Cuántos días de **trabajo** perdieron ellos? \_\_\_\_\_

F9. ¿Alguien tuvo que perder días de **escuela** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)?

*Suma todos los días que perdieron.*  Sí |  No

F9a. ¿Cuántos días de **escuela** perdieron ellos? \_\_\_\_\_

F10. ¿Aproximadamente cuánto **dinero** gastó durante la enfermedad, incluyendo visitas médicas, medicamentos, y costos de transportación? \$ \_\_\_\_\_  NR

## HISTORIA CLINICA: Fiebre en el último año

H1. ¿Tuvo (otra) fiebre en los **últimos 12 meses**, desde este mes del año pasado?  Sí |  No

H2. Fecha que **empezó** la fiebre: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
MM DD YYYY

H3. En esta enfermedad, ¿Ha tenido alguno de los siguientes **síntomas**? Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal            | <input type="checkbox"/> Ojos rojos  |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                     | <input type="checkbox"/> Sangrado ligero<br>(en las encías, en la nariz, petequias, o hematomas)             |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal             | <input type="checkbox"/> Sangrado abundante<br>(vómito con sangre/tos/<br>heces, sangrado vaginal abundante) |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza             | <input type="checkbox"/> Tos   |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta           | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Dolor muscular              |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos           |  |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas   |  |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos                 |  |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos             |  |

H4. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas?  Sí |  No

H4a. ¿En que **centro** fue el medico que usted consulto?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital San Lucas              | <input type="checkbox"/> Clínica Metro Pavia Ponce |
| <input type="checkbox"/> Hospital Damas                  | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa          |
| <input type="checkbox"/> Hospital San Cristobal          | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque        |
| <input type="checkbox"/> Hospital Metropolitano Dr. Pila |  |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clinico: _____      |  |

H4b. ¿Fue una **sala de emergencia** o **oficina medica**?

- Sala de Emergencia  Oficina Medica  Otro

H4c. ¿**El médico** le **diagnosticó** con alguna de las siguientes enfermedades?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dengue      | <input type="checkbox"/> Síndrome Viral |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya | <input type="checkbox"/> Influenza      |
| <input type="checkbox"/> Zika        | <input type="checkbox"/> Otra: _____    |

H5. ¿Estuvo **hospitalizado(a)**?  Sí |  No

H5a. ¿**Cuántos días** estuvo hospitalizado(a)? \_\_\_\_\_ días

H5b. ¿En cuál **hospital**?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> San Lucas              | <input type="checkbox"/> Concepción/San Germán    |
| <input type="checkbox"/> Damas                  | <input type="checkbox"/> Metropolitano/San Germán |
| <input type="checkbox"/> San Cristóbal          | <input type="checkbox"/> Pavia/Yauco              |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano/Dr. Pila |   |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama       | <input type="checkbox"/> Otro: _____              |

H6. ¿Cuántos días de **trabajo** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_

H7. ¿Cuántos días de **escuela** perdió por estar enfermo? \_\_\_\_\_

H8. ¿Alguien tuvo que perder días de **trabajo** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)?

*Si más de una persona cuidó al participante, suma todos los días que perdieron*  Sí |  No

H8a. ¿Cuántos días de **trabajo** perdieron ellos? \_\_\_\_\_

H9. ¿Alguien tuvo que perder días de **escuela** para cuidar de usted mientras estaba enfermo(a)?

*Suma todos los días que perdieron.*  Sí |  No

H9a. ¿Cuántos días de **escuela** perdieron ellos? \_\_\_\_\_

H10. ¿Aproximadamente cuánto **dinero** gastó durante la enfermedad, incluyendo visitas médicas, medicamentos, y costos de transportación? \$ \_\_\_\_\_  NR

## KAP: Adultos y Adolescentes

1. Si pudiera **cambiar** o **mejorar** tres cosas en su comunidad, ¿Cuáles serían?

No lea las opciones, está bien si solo contestan 1-2 respuestas.

- Agua acumulada
- Ambiental/Contaminación
- Animales callejeros/Relengos
- Crimen/Pandillas/Seguridad
- Distribución de agua potable
- Drogas
- Electricidad
- Embarazo adolescente
- Enfermedades de transmisión sexual/VIH
- Enfermedades transmitidas por mosquitos (dengue, Zika, chikungunya)
- Escombros
- Falta de alcantarillado/aguas usadas
- La salud de los niños
- Mantenimiento de áreas verdes
- Moscas, mimes, otros insectos
- Mosquitos
- Personas sin hogar /deambulantes
- Recogido de basura
- Vecindario descuidado o sucio
- Ninguno
- Otro: \_\_\_\_\_

2. En los **últimos 12 meses**, desde este mes del año pasado, ¿Cuál de los siguientes medios ha utilizado para **obtener información de salud**?

Sondea si es necesario. Marque todas las que aplique.

- Escuela
- Folletos
- Internet
- Niños
- Periódicos/revistas
- Portavoces oficiales
- Profesionales de salud
- Radio
- Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram)
- Reuniones comunitarias
- TV
- Vecinos
- WhatsApp

3. ¿Usted cree que los **mosquitos transmiten** enfermedades?  Sí |  No

4. *Pensando en los próximos 12 meses*, cuánto **riesgo** cree que hay en esta casa de enfermarse con:

- a. Dengue  Alto |  Bajo |  Ningún  
 Ningún porque ya me dio
- b. Zika  Alto |  Bajo |  Ningún  
 Ningún porque ya me dio
- c. Chikungunya  Alto |  Bajo |  Ningún  
 Ningún porque ya me dio

5. ¿Visitaría a un doctor si cree que tiene **chikungunya**, **dengue**, o **Zika**?

- Sí |  No |  Sólo si los síntomas son severos

## KAP: Adultos y Adolescentes

6. ¿Cree que las enfermedades transmitidas por mosquitos como el dengue, el Zika, y el chikungunya son un problema en su comunidad?  Sí |  No

7. ¿Ha usado **repelente de mosquitos** en los **últimos 30 días**?  Sí |  No

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

- Citronela
- Spray comprado (Off)
- Crema
- Toallitas
- Repelentes Naturales/artesanales/caseros
- Otro: \_\_\_\_\_

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

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

9. ¿En **qué lugar** se encuentra cuando más le pican los mosquitos? *Selección múltiple, lea las opciones.*

- Alrededor de la casa
- Adentro de la casa
- Trabajo
- Escuela
- La cancha de la comunidad
- Otro lugar de la comunidad
- Otro lugar fuera de la comunidad
- No me pican

Un **criadero de mosquito** es cualquier cosa que retenga el agua para que los mosquitos puedan reproducirse. Los mosquitos se pueden reproducir en un sitio tan pequeño como una tapa de una botella.

10. En este momento, ¿cuáles son los **criaderos de mosquito más común** en esta comunidad?

*Selección múltiple, no lea las opciones.*

- Árboles huecos
- Casas abandonadas
- Casas de los vecinos
- Contenedores de basura
- Desagües
- Escombros del huracán
- Gomas
- Otros recipientes
- Piscinas en casas abandonadas
- Piscinas no tratadas
- Pozos sépticos
- Suelos
- Techos
- No hay criaderos
- Otro: \_\_\_\_\_

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

Sí |  No

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

- a. Su familia  Sí |  No  
b. Sus vecinos  Sí |  No  
c. Su comunidad  Sí |  No

13. ¿Usted cree que **su comunidad debería hacer más** para **controlar** los mosquitos?

Sí |  No

14. ¿Quién usted cree es **responsable** de **controlar** los mosquitos?

- a. ¿El gobierno y/o el Departamento de Salud?  Sí |  No  
b. ¿Usted?  Sí |  No

15. ¿Cree que vale la pena **invertir tiempo y dinero** cada mes para **controlar los mosquitos** dentro y alrededor de la casa?

Sí |  No

Contacto Adicional (2): Nombre \_\_\_\_\_

- Relación Método de contacto:  
 Hermana/o  Llamada al celular: \_\_\_\_\_  
 Padre/madre  Mensaje de texto → Compañía: \_\_\_\_\_  
 Hijo/a  Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
 Otro familiar  Otro teléfono: \_\_\_\_\_  
 Amigo  Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto Adicional (3): Nombre \_\_\_\_\_

- Relación Método de contacto:  
 Hermana/o  Llamada al celular: \_\_\_\_\_  
 Padre/madre  Mensaje de texto → Compañía: \_\_\_\_\_  
 Hijo/a  Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
 Otro familiar  Otro teléfono: \_\_\_\_\_  
 Amigo  Correo electrónico: \_\_\_\_\_

16. ¿Sabía que estaríamos en su comunidad?

Sí |  No

16a. ¿Cómo se enteró de que estaríamos por su comunidad?

- Por medio del líder comunitario  
 Hoja Informativa  
 Por medio de alguien  
→ ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 Facebook  
→ ¿Cuál página? \_\_\_\_\_  
 Altavoz/Tumbacoco  
→ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 Radio  
→ ¿Cuál estación? \_\_\_\_\_  
 Cruzacalles  
 Periódico  
→ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

### Participant Laboratory Data

Participant ID: \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

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

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

No: COPA

Yes: COPA\_SYM

Yes No

PARTICIPANT  
BARCODE

Serum

Serum

Dried Blood Spot

## KAP: Niños Mayores (12-13)

1. Si pudieras **cambiar** o **mejorar** tres cosas en tu comunidad, ¿Cuáles serían?

*No lea las opciones, está bien si solo contestan 1-2 respuestas.*

- Agua acumulada
- Ambiental/Contaminación
- Animales callejeros/Relengos
- Crimen/Pandillas/Seguridad
- Distribución de agua potable
- Drogas
- Electricidad
- Embarazo adolescente
- Enfermedades de transmisión sexual/VIH
- Enfermedades transmitidas por mosquitos (dengue, Zika, chikungunya)
- Escombros
- Falta de alcantarillado/aguas usadas
- La salud de los niños
- Mantenimiento de áreas verdes
- Moscas, mimes, otros insectos
- Mosquitos
- Personas sin hogar /deambulantes
- Recogido de basura
- Vecindario descuidado o sucio
- Ninguno
- Otro: \_\_\_\_\_

2. En los **últimos 12 meses**, desde este mes del año pasado, ¿Cuál de los siguientes medios has utilizado para **obtener información de salud**?

*Sondea si es necesario. Marque todas las que aplique.*

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

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

Sí |  No

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

Sí |  No

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

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

## KAP: Niños Mayores (12-13)

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

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

9. ¿En **qué lugar** te encuentras cuando más te pican los mosquitos? *Selección múltiple, lea las opciones.*

- Alrededor de la casa
- Adentro de la casa
- Trabajo
- Escuela
- La cancha de la comunidad
- Otro lugar de la comunidad
- Otro lugar fuera de la comunidad
- No me pican

Un **criadero de mosquito** es cualquier cosa que retenga el agua para que los mosquitos puedan reproducirse. Los mosquitos se pueden reproducir en un sitio tan pequeño como una tapa de una botella.

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

Sí |  No

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

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

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

Sí |  No

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

Sí |  No

---

### Participant Laboratory Data

Participant ID: \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

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

Contacto Adicional (2): Nombre \_\_\_\_\_

Relación                      Método de contacto:  
 Hermana/o                   Llamada al celular: \_\_\_\_\_  
 Padre/madre               Mensaje de texto → Compañía: \_\_\_\_\_  
 Hijo/a                         Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
 Otro familiar                Otro teléfono: \_\_\_\_\_  
 Amigo                         Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto Adicional (3): Nombre \_\_\_\_\_

Relación                      Método de contacto:  
 Hermana/o                   Llamada al celular: \_\_\_\_\_  
 Padre/madre               Mensaje de texto → Compañía: \_\_\_\_\_  
 Hijo/a                         Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
 Otro familiar                Otro teléfono: \_\_\_\_\_  
 Amigo                         Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

No: COPA

Yes: COPA\_SYM

Yes    No

PARTICIPANT  
BARCODE

Serum

Serum

Dried Blood Spot

## KAP: Niños Menores (7-11)

2. En los **últimos 12 meses**, desde este mes del año pasado, ¿Cuál de los siguientes medios has utilizado para **obtener información de salud**?

Sondea si es necesario. Marque todas las que aplique.

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

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

Sí |  No

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

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

9. ¿En **qué lugar** te encuentras cuando más te pican los mosquitos? *Selección múltiple, lea las opciones.*

- Alrededor de la casa  
 Adentro de la casa  
 Trabajo  
 Escuela  
 La cancha de la comunidad  
 Otro lugar de la comunidad  
 Otro lugar *fuera* de la comunidad  
 No me pican

Un **criadero de mosquito** es cualquier cosa que retenga el agua para que los mosquitos puedan reproducirse. Los mosquitos se pueden reproducir en un sitio tan pequeño como una tapa de una botella.

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

Sí |  No

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

Sí |  No

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

Sí |  No

## KAP: Niños Menores (7-11)

Contacto Adicional (2): Nombre \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| Relación                               | Método de contacto:   |
| <input type="checkbox"/> Hermana/o     | <input type="checkbox"/> Llamada al celular: _____          |
| <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto → Compañía: _____ |
| Padre/madre                            | <input type="checkbox"/> Teléfono del hogar: _____          |
| <input type="checkbox"/> Hijo/a        | <input type="checkbox"/> Otro teléfono: _____               |
| <input type="checkbox"/> Otro familiar | <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____          |
| <input type="checkbox"/> Amigo         |   |

Contacto Adicional (3): Nombre \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| Relación                               | Método de contacto:   |
| <input type="checkbox"/> Hermana/o     | <input type="checkbox"/> Llamada al celular: _____          |
| <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto → Compañía: _____ |
| Padre/madre                            | <input type="checkbox"/> Teléfono del hogar: _____          |
| <input type="checkbox"/> Hijo/a        | <input type="checkbox"/> Otro teléfono: _____               |
| <input type="checkbox"/> Otro familiar | <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____          |
| <input type="checkbox"/> Amigo         |   |

### Participant Laboratory Data

Participant ID: \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

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

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

No: COPA

Yes: COPA\_SYM

Yes No

PARTICIPANT  
BARCODE

Serum

Serum

Dried Blood Spot

## 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.

1. ¿Había escuchado sobre la **fumigación de interiores con insecticida de acción residual**?

Sí |  No |  No sabe |  No contestó

*Para el entrevistador: Mostrar ilustración de fumigación dentro de la casa con insecticida de acción residual.*

**Entrevistador lea lo siguiente:**

- En este tipo de fumigación, un profesional licenciado rocía las paredes y otras superficies dentro de la casa con un insecticida de larga duración, es decir, el insecticida continúa funcionando por varios meses.
- Así, los mosquitos que se pican en las superficies rociadas, mueren.
- Después de aplicarlo puede que haya olor por unas horas, pero no causa daño a las personas cuando se hace correctamente.
- Requiere del permiso y la disponibilidad del residente para entrar a la casa a fumigar.
- Para que pueda ser efectivo en reducir la cantidad de mosquitos, se debe aplicar en la mayoría de las casas en un área.
- Esta fumigación debe repetirse de uno a 3 meses para mantener bajas las poblaciones de mosquitos.
- Con el tiempo, el uso repetido de insecticidas puede hacer que los mosquitos se vuelvan resistentes. Resistencia significa que el insecticida pierde su capacidad para matar los mosquitos.
- La fumigación de interiores con insecticida de acción residual se ha usado en muchos países incluyendo PR y Estados Unidos.

1a. ¿Usted apoyaría el uso de la **fumigación con insecticida de acción residual dentro de las casas**?

*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  
 Olor fuerte  
 Otro: \_\_\_\_\_



---

2. ¿Había escuchado de la **trampa AGO para mosquitos**?

Sí |  No |  No sabe |  No contestó

*Para el entrevistador: Mostrar ilustración de las trampas para mosquitos.*

**Entrevistador lea lo siguiente:**

- La trampa para mosquitos AGO ya ha sido usada en Puerto Rico para reducir el número de mosquitos
- La trampa AGO consiste de dos partes: un recipiente plástico negro de 5 galones con agua y heno; y una cámara de captura que contiene un papel con una pega especial para mosquitos y una tela metálica (o escríñ).
- El agua y el heno, y el color oscuro de la trampa, atraen a los mosquitos hembra que buscan envases para poner sus huevos.
- Una vez el mosquito hembra entra a la cámara de captura de la trampa, la tela metálica no le permite llegar al agua.
- Cuando el mosquito se para en las paredes de la cámara de captura, queda atrapado en la superficie pegajosa.
- No se requiere de personal especializado para instalar la trampa.
- Las trampas requieren mantenimiento cada 2 meses para mantener su efectividad y que no se conviertan en criaderos de mosquitos.
- Para reducir la cantidad de mosquitos de forma efectiva, las trampas se deben utilizar en la mayoría de los hogares de la comunidad.
- Las trampas AGO han sido utilizadas en varios lugares de Puerto Rico, incluyendo Caguas y Salinas, y han reducido el número de mosquitos.

2a. ¿Usted **apoyaría** el uso de las **trampas AGO para mosquitos**?

*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  
 Si no les da mantenimiento, se pueden convertir en criaderos de mosquitos  
 Otro: \_\_\_\_\_

---

**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 aparea 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.**

---

3. ¿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.

3a. ¿Usted apoyaría el uso de **mosquitos modificados genéticamente**?

*Entrevistador: Lea las respuestas.*

- Apoya  
 Neutral  
 Opuesto  
 No Respondió



3b. ¿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: \_\_\_\_\_

---

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

Sí |  No |  No sabe |  No contestó

Entrevistador lea lo siguiente:

- *Wolbachia* es una bacteria que vive dentro de muchos insectos, incluyendo algunas especies de mosquitos.
- Hay un tipo de *Wolbachia* que hace que los mosquitos *Aedes aegypti* sean menos capaces de transmitir los virus de dengue, chikunguña y Zika a las personas.
- Como este tipo de *Wolbachia* no se ha encontrado en el mosquito *Aedes aegypti*, los científicos han introducido esta bacteria en el mosquito en un laboratorio, para que así sean menos capaces de transmitir los virus.
- *Wolbachia* no causa enfermedades en humanos y es seguro para las personas, los animales y el ambiente.

Los mosquitos con *Wolbachia* funcionan de dos maneras diferentes.

*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.

4a. ¿Usted apoyaría usar solo mosquitos machos con *Wolbachia*?

*Entrevistador: Lea las respuestas.*

- Apoya
- Neutral
- Opuesto
- No Respondió



4b. ¿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: \_\_\_\_\_

6. ¿Había escuchado hablar de **larvicidas**?

Sí |  No |  No sabe |  No contestó

*Para el entrevistador: Mostrar ilustración de larvicidas.*

Entrevistador lea lo siguiente:

- Los larvicidas son un tipo de insecticida que mata las larvas del mosquito. Si se aplican correctamente, los larvicidas pueden reducir el número de mosquitos adultos.
- Los larvicidas vienen en diferentes presentaciones, por ejemplo: líquidos, gránulos y donas. Los larvicidas líquidos pueden ser aplicados usando un camión para fumigar, rociándolos sobre casas, vegetación, terrenos vacíos y otros lugares. Así, este método puede ser efectivo para tratar la mayoría de sitios donde se encuentran las larvas.
- Los larvicidas también se pueden aplicar manualmente al agua donde se encuentren larvas, por ejemplo, en fuentes ornamentales, agujeros en árboles, desagües de los techos, etcétera.
- Si la aplicación se hace tal y como se encuentra en la etiqueta, los larvicidas no afectan el ambiente, las personas o las mascotas.
- Los larvicidas se deben aplicar de forma repetida de acuerdo a las instrucciones en la etiqueta.
- Son usados alrededor del mundo.

6a. ¿Usted apoyaría el uso de **larvicidas**?

*Entrevistador: Lea las respuestas.*

- Apoya
- Neutral
- Opuesto
- No Respondió



6b. ¿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 larvicidas sea seguro
- Otro: \_\_\_\_\_