

Household Representative

Interviewer Name: _____

Group
XX #

Community Name:

- El Tuque (TU)
- Pastillo (PT)
- Villa del Carmen (VC)
- Jaime L. Drew (JD)
- Villa Grillasca (VG)
- La Playa (PL)
- Coto Laurel (CT)
- Glenview (GL)
- Jardines del Caribe (JC)
- El Madrigal (MA)
- Los Caobos (CB)
- San Antón (SA)
- Punto Oro (PO)
- Santa Teresita (ST)

Interview Date: mm / dd / yyyy

Participant ID (HHID P PID): XX ## ## ## P 0 1 HR Only

Eligibility Criteria and Consent

Written consent done (see individual form). 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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DC

NE = Not eligible
DC = Unknown

10. 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. → **10a. Monthly household income: \$ _____**

<New> Household Enrollment

1. Do you rent or own this house?

- Own
- Rent
- Family's Home
- Other

2. Do you have any animals in your house?

Yes | No

2a. Do you have any of the following animals?

Select all that apply.

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

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

Yes | No

4. How is water supplied to this house? Select all that apply.

- AAA
- Well water
- Water pump
- From another house/neighbor/business
- Rain water
- Spring water
- Other

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

Yes | No

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? Read the options.

- Daily
- Weekly
- Monthly
- Rarely/Every now and then
- Never
- Does not recall/No response

7. Do you have screens in good shape (without holes) on all the windows?

- Yes
- No
- On all that we open

8. Do you have screens in good shape (without holes) on all the doors?

- Yes
- No
- On all that we open

9. Do you use air conditioning in your house?

Yes | No

9a. In which areas do you use AC? Probe. Select all that apply.

- Whole house
- Bedroom(s)
- Living Room
- Kitchen
- Other Room

9b. During what time of the day do you use AC?

Probe if necessary. Select all that apply.

- Day
- Night
- Sporadically
- All the time

Representante del Hogar

Nombre de entrevistador:

Grupo
XX #

Nombre de esta Comunidad:

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

Fecha de Entrevista: mm / dd / aaaa

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

Criterios de elegibilidad y consentimiento HR Solo

Consentimiento escrito completo. Si

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	
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

10. ¿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. →

10a. ¿Cuál es el ingreso *mensual* aproximado de su familia? \$ _____

Casas Nuevas

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

- Dueño Alquila Casa de un Familiar Otro

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

Sí | No

2a. ¿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"/> Roedores mascotas (ratones, ratas, güimos, o hamsters) |
| <input type="checkbox"/> Conejos | <input type="checkbox"/> Reptiles (tortugas, culebras, lagartijos) |
| <input type="checkbox"/> Gallinas/Gallos | <input type="checkbox"/> Vacas |
| <input type="checkbox"/> Gatos | <input type="checkbox"/> Otro no mencionado |
| <input type="checkbox"/> Ovejas | |
| <input type="checkbox"/> Pájaros | |

3. En los últimos 12 meses, ¿Ha visto o encontrado **ratas/ratones** adentro o alrededor de su casa? Sí | No

4. ¿Cuáles de las siguientes utiliza para recibir agua en su casa? Marque todos los que aplique.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AAA | <input type="checkbox"/> Agua de lluvia |
| <input type="checkbox"/> Pozo de agua | <input type="checkbox"/> Agua de manantial |
| <input type="checkbox"/> Bomba de agua | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> De otra vivienda/vecino/empresa | |

5. ¿Esta casa tiene **cisterna/tanque de agua**?

Sí | No

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

Sí | No

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Rara vez/De vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Una vez al mes | <input type="checkbox"/> No Recuerda/No Responde |

7. ¿Tiene **escrienes** en buen estado (que no están rotos) en todas las **ventanas**?

Sí No En todas las que abrimos

8. ¿Tiene **escrienes** en buen estado (que no están rotos) en todas las **puertas**?

Sí No En todas las que abrimos

9. ¿Usa **aire acondicionado** en su casa? Sí | No

9a. ¿En qué **áreas** se usa aire acondicionado?

Sondear si es necesario. Marque todos que apliquen.

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

9b. ¿En qué **momento del día** se usa el AC?

Sondear si es necesario. Marque todos que apliquen.

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

Individual: sociodemographic

characteristics and clinical history

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 | No
Has definite plans to move (6 mo) Yes | No

Age: _____ years Lives independently
1-50 from parents
Emancipated minor: Married
 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: _____
First Last Name Second Last Name First Name Initial

Sex: Male Female Other

Date of birth: ____ / ____ / ____
MM DD YYYY

All possible methods participant can be contacted:

- Cell phone (call): _____
- Text message: → Company: _____
- Home phone: _____
- Work phone: _____
- Other phone: _____
- Email: _____
- Mail

Additional Contact Name _____

- Relationship Method to contact:
- Partner/spouse Cell phone (call): _____
 - Parent Text message: → Company: _____
 - Child Home phone: _____
 - Other family Other phone: _____
 - Friend Email: _____

Space for additional contacts on the next page

D0. What do you use your cell phone for?

Read the options, select all that apply.

- Calls Apps
- Texts Doesn't have a cell phone
- Internet Doesn't know

D1. Relationship to household representative:

HR is participant's... Select all that apply.

- Self (household representative) Other relation/
family member
- Partner/spouse Legal guardian
- Parent Friend
- Child Other
- Grandparent

D2. Are you of hispanic or latino origin? Yes | No

D3. With which ethnic group do you identify?

Read the options, select all that apply.

- Puerto Rican Cuban Haitian None
- Dominican Mexican Other

D4. With which race or races do you identify?

Select all that apply.

- White Black or African American
- Asian Hawaiian Native or Pacific Islander
- Other Native American or Alaska Native
- No response

D5. (5+ years old) What is the highest level of education that you have obtained?

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

D6. (16+ years old) Which of the following describes your current employment status? Select all that apply.

- Full-time Retired
- Part-time Homemaker/caring for family
- Casual or informal work Ill health/disability
- Studying Unemployed
- Other

D7. (Minors 5-18 in school) Name of your school:

D8. Do you currently have health insurance? Yes | No

D8.1 Type of insurance:

Read all options. Select all that apply.

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

D9. How many years have you been living in this community? _____

Women only: _____

C1. Are you pregnant? Yes | No

C1.2 How many weeks are you? _____

C2. Have you participated in any research study in which you received a vaccine for Zika or dengue? Select all that apply.

- Zika | Dengaue | None

C3. Has your doctor ever **diagnosed** you with ... ?

Read all options. Select all that apply.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Heart disease | <input type="checkbox"/> Obesity |
| <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> High triglycerides or cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Respiratory condition/
disease | <input type="checkbox"/> Physical disability |
| | <input type="checkbox"/> Cancer |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kidney disease/condition | <input type="checkbox"/> Other mental or
psychological diagnosis |
| <input type="checkbox"/> Liver disease/condition | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia |
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> Arthritis/ Rheumatoid arthritis |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Stomach problems/ulcers |
| | <input type="checkbox"/> Other |

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. Select all that apply.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion | <input type="checkbox"/> Diarrhea |
| <input type="checkbox"/> Cough | <input type="checkbox"/> Chills |
| <input type="checkbox"/> Sore throat | <input type="checkbox"/> Rash |
| <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> Joint pain |
| <input type="checkbox"/> Eye pain | <input type="checkbox"/> Muscle pain |
| <input type="checkbox"/> Red eyes | <input type="checkbox"/> Calf pain |
| <input type="checkbox"/> Abdominal pain | <input type="checkbox"/> Bleeding |
| <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting | <input type="checkbox"/> Other |

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

F4a. Was it in an **emergency room** or **doctor's office**?

- Emergency Room Doctor's Office Other

F4b. In which **clinic/hospital** was the doctor you saw?

- | | |
|---|--|
| <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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | <input type="checkbox"/> Private Office |
| <input type="checkbox"/> Other center/clinic: _____ | |

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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | |
| <input type="checkbox"/> Other center/clinic: _____ | |

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. Select all that apply.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nasal congestion | <input type="checkbox"/> Diarrhea |
| <input type="checkbox"/> Cough | <input type="checkbox"/> Chills |
| <input type="checkbox"/> Sore throat | <input type="checkbox"/> Rash |
| <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> Joint pain |
| <input type="checkbox"/> Eye pain | <input type="checkbox"/> Muscle pain |
| <input type="checkbox"/> Red eyes | <input type="checkbox"/> Calf pain |
| <input type="checkbox"/> Abdominal pain | <input type="checkbox"/> Bleeding |
| <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting | <input type="checkbox"/> Other |

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

H4a. Was it in an **emergency room** or **doctor's office**?

- Emergency Room Doctor's Office Other

H4b. In which **clinic/hospital** was the doctor you saw?

- | | |
|---|--|
| <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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | <input type="checkbox"/> Private Office |
| <input type="checkbox"/> Other center/clinic: _____ | |

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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | |
| <input type="checkbox"/> Other center/clinic: _____ | |

Individual: características socio-

demográficas e historia clínica

Nombre de **entrevistador:** _____ 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 | No

Edad: _____ años Vive independiente
1-50 de los padres

Menor emancipado: Casado
 Tiene hijos

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

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


Nombre:

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Inicial


Sexo: Masculino Femenino Otro

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA

Todos los métodos por los que puede ser **contactado:**

- Llamada al celular: _____
- Mensaje de texto:  Compañía: _____
- Teléfono del hogar: _____
- Teléfono del trabajo: _____
- Otro teléfono: _____
- Correo electrónico: _____
- Correo postal

Contacto Adicional (1): Nombre _____

Relación Método de contacto:
 Pareja/Cónyuge Llamada al celular: _____
 Padre/madre Mensaje de texto  Compañía: ____
 Hijo/a Teléfono del hogar: _____
 Otro familiar Otro teléfono: _____
 Amigo Correo electrónico: _____

Proveer 2 contactos adicionales en la próxima página (KAP)

D0. ¿Para que utiliza su celular?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Llamadas Internet No tiene celular
- Textos Apps No sabe

D1. ¿Cuál es su **relación** con el representante del hogar?

Es su... Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Representante del hogar Otra relación/
miembro de la familia
- Pareja/Cónyuge Tutor/a legal
- Padre/Madre Amigo/a
- Hijo/a Otro
- Abuelo/a

D2. ¿Usted es de origen hispano o latino? Sí | No

D3. ¿Con qué **grupo étnico** se identifica?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Puertorriqueño Cubano Haitiano Ninguno
- Dominicano Mexicano Otro

D4. ¿Con qué **raza** o **razas** se identifica?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Blanca Negra o africana americana
- Asiática Nativa de Hawaii
- Otra o de otra de las islas del Pacífico
- No responde India americana y nativa de Alaska

D5. (5+ años) ¿Cuál es el **nivel de educación** más alto que ha obtenido? *Sondear si es necesario.*

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

D6. (16+ años) ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su **situación laboral** actual?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Empleado/a a tiempo completo Ama de casa/
cuida de un familiar
- Empleado/a tiempo parcial Condición de salud/
discapacidad
- Trabajo informal o casual (chiripas/chivitos) Desempleado
- Estudiando Otro
- Retirado

D7. (Niños 5-18 en escuela) **Nombre de su escuela:** _____

D8. ¿Tiene **plan médico** actualmente? Sí | No

D8.1 **Tipo de plan:**

Lea todas las opciones. Marque todas las que aplique.

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

D9. ¿Cuántos **años** lleva viviendo en esta comunidad? _____

Solo Mujeres: _____

C1. ¿Está **embarazada**? Sí | No

C1.2 ¿Cuántas **semanas** de gestación tiene? _____

C2. ¿Usted ha participado en algún **estudio de investigación** en el que le hayan aplicado una **vacuna** contra el **Zika** o el **dengue**?

Marque todas las que aplique. Zika | Dengue | Ninguna

C3. ¿Alguna vez su médico le ha **diagnosticado** con ... ?

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad/condición del hígado | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico mental o psicológico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Enfermedad/condición del riñón | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Triglicéridos o colesterol alto | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Artritis/Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales |
| | <input type="checkbox"/> Cáncer | | <input type="checkbox"/> Otro |

HISTORIA CLINICA: Fiebre Actual

F1. ¿Tiene fiebre actualmente o en los **últimos 7 días**?

Sí | No

F2. Fecha que **empezó** la fiebre: ___ / ___ / ___
MM DD AAAA

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"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Escalofríos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Sangrado |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Otro |

F4. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas?

Sí | No

F4a. ¿Fue en una **sala de emergencia** u **oficina médica**?

Sala de Emergencia Oficina Médica Otro

F4b. ¿En qué **centro** fue el médico que usted consultó?

- | | |
|---|--|
| <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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | <input type="checkbox"/> Oficina Privada |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clínico: _____ | |

F4c. ¿**El médico** le **diagnosticó** 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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clínico: _____ | |

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 AAAA

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"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Escalofríos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Sarpullido o rash |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Sangrado |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Otro |

H4. ¿Consultó a un **médico** por estos síntomas?

Sí | No

H4a. ¿Fue en una **sala de emergencia** u **oficina médica**?

Sala de Emergencia Oficina Médica Otro

H4b. ¿En qué **centro** fue el médico que usted consultó?

- | | |
|---|--|
| <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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | <input type="checkbox"/> Med Centro Playa |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | <input type="checkbox"/> CEMI/CDT del Tuque |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | <input type="checkbox"/> Oficina Privada |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clínico: _____ | |

H4c. ¿**El médico** le **diagnosticó** 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"/> Clínica Metro Pavía Ponce |
| <input type="checkbox"/> Metropolitano Dr. Pila | |
| <input type="checkbox"/> Menonita/Guayama | |
| <input type="checkbox"/> Pavía/Yauco | |
| <input type="checkbox"/> Otro centro/clínico: _____ | |

Mobility

Interviewer Name: _____ Group Number
XX #

Interview Date: mm / dd / yyyy

Participant ID (HHID P PID): XX # # # # P # #

M0. With the exception of your house, are there other places you spend **5 or more hours** a week (for example work, school, or another home)?

Show the list of places if necessary.

Yes | No

M1.1 Location #1

Select one:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job | <input type="checkbox"/> Sports activity 1 |
| <input type="checkbox"/> Second job | <input type="checkbox"/> Sports activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Third job | <input type="checkbox"/> Sports activity 3 |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Recreational activity 1 |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Recreational activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Recreational activity 3 |
| <input type="checkbox"/> Gym | <input type="checkbox"/> Other location #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child's daycare | <input type="checkbox"/> Other location #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other house | <input type="checkbox"/> Other location #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grocery store | <input type="checkbox"/> Other location #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Any other store | |

M1.2 Do you visit this location year-round? Yes | No

M1.2.1 Which months do you visit this location? ←

Select all that apply.

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

M1.3 Which days of the week do you go to this location?

Select all that apply.

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monday | <input type="checkbox"/> Wednesday | <input type="checkbox"/> Friday | <input type="checkbox"/> Saturday |
| <input type="checkbox"/> Tuesday | <input type="checkbox"/> Thursday | | <input type="checkbox"/> Sunday |

M1.4 How many hours do you generally spend at this location **each week**? _____ hours

M1.5 When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both? Indoors Outside Both

M1.5.1 Does this location have **screens** in good condition on all the doors and windows? Yes | No

M1.5.2 Does this location use **air conditioning** when you are there? Yes | No

M1.6 Can you find this place on a map? Yes | No

Area number: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Area color: Orange Green Blue Yellow

M1.7 Can you provide the address for this place? Yes | No

Physical address: _____

M1.8 In which area is this place located (sector, urb, barrio, community)? _____

[All Participants]

M0.2 Can you list the places you visit (where you might be 5 or more hours total per week)?

Select all that apply.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job | <input type="checkbox"/> Sports activity 1 |
| <input type="checkbox"/> Second job | <input type="checkbox"/> Sports activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Third job | <input type="checkbox"/> Sports activity 3 |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Recreational activity 1 |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Recreational activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Recreational activity 3 |
| <input type="checkbox"/> Gym | <input type="checkbox"/> Other location #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child's daycare | <input type="checkbox"/> Other location #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other house | <input type="checkbox"/> Other location #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grocery store | <input type="checkbox"/> Other location #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Any other store | |

M2.1 Location #2

Select one:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job | <input type="checkbox"/> Sports activity 1 |
| <input type="checkbox"/> Second job | <input type="checkbox"/> Sports activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Third job | <input type="checkbox"/> Sports activity 3 |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Recreational activity 1 |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Recreational activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Recreational activity 3 |
| <input type="checkbox"/> Gym | <input type="checkbox"/> Other location #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child's daycare | <input type="checkbox"/> Other location #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other house | <input type="checkbox"/> Other location #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grocery store | <input type="checkbox"/> Other location #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Any other store | |

M2.2 Do you visit this location year-round? Yes | No

M2.2.1 Which months do you visit this location? ←

Select all that apply.

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

M2.3 Which days of the week do you go to this location?

Select all that apply.

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monday | <input type="checkbox"/> Wednesday | <input type="checkbox"/> Friday | <input type="checkbox"/> Saturday |
| <input type="checkbox"/> Tuesday | <input type="checkbox"/> Thursday | | <input type="checkbox"/> Sunday |

M2.4 How many hours do you generally spend at this location **each week**? _____ hours

M2.5 When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both? Indoors Outside Both

M2.5.1 Does this location have **screens** in good condition on all the doors and windows? Yes | No

M2.5.2 Does this location use **air conditioning** when you are there? Yes | No

M2.6 Can you find this place on a map? Yes | No

Area number: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Area color: Orange Green Blue Yellow

M2.7 Can you provide the address for this place? Yes | No

Physical address: _____

M2.8 In which area is this place located (sector, urb, barrio, community)? _____

M3.1 Location #3

Select one.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job | <input type="checkbox"/> Sports activity 1 |
| <input type="checkbox"/> Second job | <input type="checkbox"/> Sports activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Third job | <input type="checkbox"/> Sports activity 3 |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Recreational activity 1 |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Recreational activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Recreational activity 3 |
| <input type="checkbox"/> Gym | <input type="checkbox"/> Other location #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child's daycare | <input type="checkbox"/> Other location #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other house | <input type="checkbox"/> Other location #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grocery store | <input type="checkbox"/> Other location #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Any other store | |

M3.2 Do you visit this location year-round? Yes | No

M3.2.1 Which months do you visit this location? ←

Select all that apply.

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

M3.3 Which days of the week do you go to this location?

Select all that apply.

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monday | <input type="checkbox"/> Wednesday | <input type="checkbox"/> Friday | <input type="checkbox"/> Saturday |
| <input type="checkbox"/> Tuesday | <input type="checkbox"/> Thursday | | <input type="checkbox"/> Sunday |

M3.4 How many hours do you generally spend at this location **each week**? _____ hours

M3.5 When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both? Indoors Outside Both

M3.5.1 Does this location have **screens** in good condition on all the doors and windows? Yes | No

M3.5.2 Does this location use **air conditioning** when you are there? Yes | No

M3.6 Can you find this place on a map? Yes | No

Area number: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Area color: Orange Green Blue Yellow

M3.7 Can you provide the address for this place? Yes | No

Physical address: _____

M3.8 In which area is this place located (sector, urb, barrio, community)? _____

M4.1 Location #4

Select one.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Primary job | <input type="checkbox"/> Sports activity 1 |
| <input type="checkbox"/> Second job | <input type="checkbox"/> Sports activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Third job | <input type="checkbox"/> Sports activity 3 |
| <input type="checkbox"/> University/college | <input type="checkbox"/> Recreational activity 1 |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Recreational activity 2 |
| <input type="checkbox"/> Church | <input type="checkbox"/> Recreational activity 3 |
| <input type="checkbox"/> Gym | <input type="checkbox"/> Other location #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child's daycare | <input type="checkbox"/> Other location #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Other house | <input type="checkbox"/> Other location #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> Grocery store | <input type="checkbox"/> Other location #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Any other store | |

M4.2 Do you visit this location year-round? Yes | No

M4.2.1 Which months do you visit this location? ←

Select all that apply.

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

M4.3 Which days of the week do you go to this location?

Select all that apply.

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monday | <input type="checkbox"/> Wednesday | <input type="checkbox"/> Friday | <input type="checkbox"/> Saturday |
| <input type="checkbox"/> Tuesday | <input type="checkbox"/> Thursday | | <input type="checkbox"/> Sunday |

M4.4 How many hours do you generally spend at this location **each week**? _____ hours

M4.5 When you are at this location, are you indoors, outdoors, or both? Indoors Outside Both

M4.5.1 Does this location have **screens** in good condition on all the doors and windows? Yes | No

M4.5.2 Does this location use **air conditioning** when you are there? Yes | No

M4.6 Can you find this place on a map? Yes | No

Area number: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Area color: Orange Green Blue Yellow

M4.7 Can you provide the address for this place? Yes | No

Physical address: _____

M4.8 In which area is this place located (sector, urb, barrio, community)? _____

**Use an additional sheet if the participant has more than 4 key locations that they visit 5 or more house a week.*

COPA Laboratory Form

Centers for Disease Control and Prevention

Dengue Branch - 1324 Calle Cañada, San Juan, PR 00920-3860

For questions, please contact Chelsea Major (405) 488-8217

Form Approved
OMB Control No. 0920-XXXX
Exp. Date: XX/XX/XXXX

Patient Data and Specimen Information

Participant Name: _____ DOB: ____/____/____
Paternal Last Name Maternal Last Name First Name Middle Name Month Day Year

Participant ID: _____ P _____

**PARTICIPANT
BARCODE**

Collection Date: ____/____/____
Month Day Year

Specimen Label	Specimen Label	Specimen Label
Serum	Serum	Dried Blood Spot

Notes:

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

No: COPA

Yes: COPA_SYM

	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"/>
------------------	--------------------------	--------------------------

OALLID

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

SANID

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

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 10 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB Control Number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA 0920-XXXX

Movilidad

Nombre de entrevistador: _____

Grupo
XX #

Fecha de Entrevista: mm / dd / aaaa

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

M0. Con excepción de su casa, ¿usted pasa **5 horas o más** en algún lugar durante la semana (por ejemplo, trabajo, escuela, u otra casa)?

Muestre la lista de posibles ubicaciones si es necesario.

Sí | No

[Todos Participantes]

M0.1 ¿Puede mencionar **todos** los lugares donde usted pasa **5 horas o más** por semana?

Seleccione todos los que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 1 |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 2 |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 3 |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 1 |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 2 |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 3 |
| <input type="checkbox"/> El gimnasio | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuido del hijo/a | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra casa (amigo, padre) | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> El supermercado | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda | <input type="checkbox"/> No puede mencionar uno |

M1.1 LUGAR #1

Seleccione uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 1 |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 2 |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 3 |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 1 |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 2 |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 3 |
| <input type="checkbox"/> El gimnasio | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuido del hijo/a | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra casa (amigo, padre) | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> El supermercado | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda | |

M2.1 LUGAR #2

Seleccione uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 1 |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 2 |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 3 |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 1 |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 2 |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 3 |
| <input type="checkbox"/> El gimnasio | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuido del hijo/a | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra casa (amigo, padre) | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> El supermercado | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda | |

M1.2 ¿Visita este lugar durante **todo el año**? Sí | No

M1.2.1 ¿En **cuáles meses** visita este lugar? ←

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> enero | <input type="checkbox"/> abril | <input type="checkbox"/> julio | <input type="checkbox"/> octubre |
| <input type="checkbox"/> febrero | <input type="checkbox"/> mayo | <input type="checkbox"/> agosto | <input type="checkbox"/> noviembre |
| <input type="checkbox"/> marzo | <input type="checkbox"/> junio | <input type="checkbox"/> septiembre | <input type="checkbox"/> diciembre |

M2.2 ¿Visita este lugar durante **todo el año**? Sí | No

M2.2.1 ¿En **cuáles meses** visita este lugar? ←

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> enero | <input type="checkbox"/> abril | <input type="checkbox"/> julio | <input type="checkbox"/> octubre |
| <input type="checkbox"/> febrero | <input type="checkbox"/> mayo | <input type="checkbox"/> agosto | <input type="checkbox"/> noviembre |
| <input type="checkbox"/> marzo | <input type="checkbox"/> junio | <input type="checkbox"/> septiembre | <input type="checkbox"/> diciembre |

M1.3 ¿En **cuáles días** de la semana visita este lugar?

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lunes | <input type="checkbox"/> miércoles | <input type="checkbox"/> viernes | <input type="checkbox"/> sábado |
| <input type="checkbox"/> martes | <input type="checkbox"/> jueves | <input type="checkbox"/> domingo | |

M2.3 ¿En **cuáles días** de la semana visita este lugar?

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lunes | <input type="checkbox"/> miércoles | <input type="checkbox"/> viernes | <input type="checkbox"/> sábado |
| <input type="checkbox"/> martes | <input type="checkbox"/> jueves | <input type="checkbox"/> domingo | |

M1.4 Generalmente, en una semana normal, ¿cuántas **horas** pasa en este lugar? _____ horas

M2.4 Generalmente, en una semana normal, ¿cuántas **horas** pasa en este lugar? _____ horas

M1.5 Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? Adentro Al aire libre Ambos

M2.5 Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? Adentro Al aire libre Ambos

M1.5.1 ¿Este lugar tiene **escrines en buen estado** en todas las ventanas y puertas? Sí | No

M2.5.1 ¿Este lugar tiene **escrines en buen estado** en todas las ventanas y puertas? Sí | No

M1.5.2 ¿Este lugar usa **aire acondicionado** cuando usted está presente? Sí | No

M2.5.2 ¿Este lugar usa **aire acondicionado** cuando usted está presente? Sí | No

M1.6 ¿Puede encontrar el lugar en un mapa? Sí | No

Numero de área: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Color del área: China Verde Azul Amarillo

M2.6 ¿Puede encontrar el lugar en un mapa? Sí | No

Numero de área: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Color del área: China Verde Azul Amarillo

M1.7 ¿Usted sabe la dirección de este lugar? Sí | No

Dirección física: _____

M2.7 ¿Usted sabe la dirección de este lugar? Sí | No

Dirección física: _____

M1.8 ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad)? _____

M2.8 ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad)? _____

M3.1 LUGAR #3

Seleccione uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 1 |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 2 |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 3 |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 1 |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 2 |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 3 |
| <input type="checkbox"/> El gimnasio | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuido del hijo/a | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra casa (amigo, padre) | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> El supermercado | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda | |

M3.2 ¿Visita este lugar durante **todo el año**? Sí | No

M3.2.1 ¿En **cuáles meses** visita este lugar? ↩

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> enero | <input type="checkbox"/> abril | <input type="checkbox"/> julio | <input type="checkbox"/> octubre |
| <input type="checkbox"/> febrero | <input type="checkbox"/> mayo | <input type="checkbox"/> agosto | <input type="checkbox"/> noviembre |
| <input type="checkbox"/> marzo | <input type="checkbox"/> junio | <input type="checkbox"/> septiembre | <input type="checkbox"/> diciembre |

M3.3 ¿En **cuáles días** de la semana visita este lugar?

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lunes | <input type="checkbox"/> miércoles | <input type="checkbox"/> viernes | <input type="checkbox"/> sábado |
| <input type="checkbox"/> martes | <input type="checkbox"/> jueves | | <input type="checkbox"/> domingo |

M3.4 Generalmente, en una semana normal, ¿cuántas **horas** pasa en este lugar? _____ horas

M3.5 Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? Adentro Al aire libre Ambos

M3.5.1 ¿Este lugar tiene **escrines en buen estado** en todas las ventanas y puertas? Sí | No

M3.5.2 ¿Este lugar usa **aire acondicionado** cuando usted está presente? Sí | No

M3.6 ¿Puede encontrar el lugar en un mapa? Sí | No

Numero de área: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Color del área: China Verde Azul Amarillo

M3.7 ¿Usted sabe la dirección de este lugar? Sí | No

Dirección física: _____

M3.8 ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad)? _____

M3.1 LUGAR #4

Seleccione uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo principal | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 1 |
| <input type="checkbox"/> Segundo trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 2 |
| <input type="checkbox"/> Tercer trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad deportiva 3 |
| <input type="checkbox"/> Universidad/Colegio | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 1 |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 2 |
| <input type="checkbox"/> Iglesia | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas 3 |
| <input type="checkbox"/> El gimnasio | <input type="checkbox"/> Otro lugar #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuido del hijo/a | <input type="checkbox"/> Otro lugar #2: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra casa (amigo, padre) | <input type="checkbox"/> Otro lugar #3: _____ |
| <input type="checkbox"/> El supermercado | <input type="checkbox"/> Otro lugar #4: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cualquier otra tienda | |

M4.2 ¿Visita este lugar durante **todo el año**? Sí | No

M4.2.1 ¿En **cuáles meses** visita este lugar? ↩

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> enero | <input type="checkbox"/> abril | <input type="checkbox"/> julio | <input type="checkbox"/> octubre |
| <input type="checkbox"/> febrero | <input type="checkbox"/> mayo | <input type="checkbox"/> agosto | <input type="checkbox"/> noviembre |
| <input type="checkbox"/> marzo | <input type="checkbox"/> junio | <input type="checkbox"/> septiembre | <input type="checkbox"/> diciembre |

M4.3 ¿En **cuáles días** de la semana visita este lugar?

Seleccione todos los que apliquen.

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lunes | <input type="checkbox"/> miércoles | <input type="checkbox"/> viernes | <input type="checkbox"/> sábado |
| <input type="checkbox"/> martes | <input type="checkbox"/> jueves | | <input type="checkbox"/> domingo |

M4.4 Generalmente, en una semana normal, ¿cuántas **horas** pasa en este lugar? _____ horas

M4.5 Cuando está en este lugar, ¿está adentro, al aire libre, o ambos? Adentro Al aire libre Ambos

M4.5.1 ¿Este lugar tiene **escrines en buen estado** en todas las ventanas y puertas? Sí | No

M4.5.2 ¿Este lugar usa **aire acondicionado** cuando usted está presente? Sí | No

M4.6 ¿Puede encontrar el lugar en un mapa? Sí | No

Numero de área: _____ Grid ID (e.g. C3): _____
Color del área: China Verde Azul Amarillo

M4.7 ¿Usted sabe la dirección de este lugar? Sí | No

Dirección física: _____

M4.8 ¿En qué área queda este lugar (sector, urb, barrio, comunidad)? _____

**Usa una hoja adicional si el participante tiene más de 4 lugares donde visita por 5 o más horas a la semana*

KAP: Adults and Adolescents 14+

Mosquito Exposure Questions

1. Where do mosquitoes bite you most frequently?

Read the options. Select all that apply.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Around the house outside | <input type="checkbox"/> Community sports field |
| <input type="checkbox"/> Inside the house | <input type="checkbox"/> Somewhere else in the community |
| <input type="checkbox"/> Work | <input type="checkbox"/> Somewhere else outside of the community |
| <input type="checkbox"/> School | <input type="checkbox"/> Mosquitoes do not bite me |

2. In the last month, how often were you bitten by mosquitos? Read the options if necessary.

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Daily | <input type="checkbox"/> Rarely |
| <input type="checkbox"/> Every few days | <input type="checkbox"/> Never |
| <input type="checkbox"/> Weekly | |

3. Have you ever had chikungunya? Yes | No

4. Have you ever had dengue? Yes | No

5. Have you ever known someone who has had dengue? Yes | No

Vaccine History and Opinions

Interviewer read: There are several dengue vaccines currently under development. It is not yet clear how many doses will be necessary, but it could be 1, 2, or 3.

6. If there were an approved vaccine for dengue in Puerto Rico, available free of cost, would you get it? Yes | No | Not sure

7. If there were an approved vaccine for dengue in Puerto Rico that you had to pay for, would you get it? Yes | No | Not sure

7.1 If you had to pay for a dengue vaccine, would you pay \$10 per dose? Yes | No | Not sure

7.2 If you had to pay for a dengue vaccine, would you pay \$20 per dose? Yes | No | Not sure

7.3 If you had to pay for a dengue vaccine, would you pay \$50 per dose? Yes | No | Not sure

8. Do you have children under 21? Yes | No

8.1 Would you vaccinate your children if an approved dengue vaccine were available in Puerto Rico for free? Yes | No | Not sure

8.2 Would you vaccinate your children if an approved dengue vaccine were available in Puerto Rico and you had to pay for it? Yes | No | Not sure

KAP: Adults and Adolescents 14+

9.1 (If yes to 6 or 8.1) What are the reasons you would be interested in getting a dengue vaccine for yourself/your child? Do not read the options. Select all that apply.

- I don't want myself/my children to get sick with dengue
- I do not want to miss work/my children to miss school
- I have had dengue before and don't want to get it again
- I want to protect myself/my family/my community
- I believe it is important for everyone to get vaccinated
- My doctor recommends the vaccine
- Other (specify): _____

9.2 (If no to 6 or 8.1) What are the reasons you would not be interested in getting a dengue vaccine for yourself/your child? Do not read the options. Select all that apply.

- Cost
- I am not concerned about myself/my children getting dengue
- Side effects/reactions
- Fear of needles
- I have heard negative things about this specific vaccine
- I don't think this vaccine works
- I do not believe in vaccines
- Other (specify): _____

9.3 (If not sure to 6 or 8.1) What are the reasons you are not sure about getting a dengue vaccine for yourself/your child? Do not read the options. Select all that apply.

- Cost
- Side effects/reactions
- I have heard negative things about this specific vaccine
- I don't think this vaccine works
- I need more information
- I need to talk to my doctor
- Other (specify): _____

9.4 Which characteristics of a dengue vaccine do you consider important? (from 1 most to 4 least important)

- | |
|--------------------------------|
| _____ High level of protection |
| _____ Affordability/Cost |
| _____ Minimum side effects |
| _____ Single dose |
- 1 = most important
4 = least important

Interviewer read: Remember that influenza is a respiratory illness and is not transmitted by mosquitos.

10. Did you get the flu shot in the last 12 months? Yes | No | Not sure

10.1 Why did you choose not to get the flu shot? Do not read the options, select all that apply.

- Too expensive
- Insurance didn't cover it
- Didn't know where to get it
- Inconvenient to go and get it
- Afraid of shots (pain)
- It never works
- Doesn't believe in vaccines
- Has a contraindication
- Other reason
- No reason/doesn't know

Depression and Anxiety Screening (18+ only)

14. **PHQ.** Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by: (Read the options.)

14.1 Having little interest or pleasure in doing things?

- 0 - Not at all
- 1 - Several Days
- 2 - More than half the days
- 3 - Nearly every day

14.2 Feeling down, depressed, or hopeless?

- 0 - Not at all
 - 1 - Several Days
 - 2 - More than half the days
 - 3 - Nearly every day
- PHQ2 Score: _____
(PHQ1+PHQ2)

15. **GAD.** Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by: (Read the options.)

15.1 Feeling nervous, anxious, or on edge?

- 0 - Not at all
- 1 - Several Days
- 2 - More than half the days
- 3 - Nearly every day

15.2 Not being able to stop or control worrying?

- 0 - Not at all
 - 1 - Several Days
 - 2 - More than half the days
 - 3 - Nearly every day
- GAD2 Score: _____
(GAD1+GAD2)

Drug and Alcohol Use Screening (18+ only)

16. In the past 30 days, did you drink any alcohol such as beer, wine, malt liquor, or hard liquor?

Yes | No

16.1 (men) During the past 30 days, how many times did you have 5 or more alcoholic drinks in about 2 hours?
_____ times

16.2 (women) During the past 30 days, how many times did you have 4 or more alcoholic drinks in about 2 hours?
_____ times

17. Have you ever in your life injected any drugs or medicines other than those prescribed for you?

Yes | No

17.1 In the last 12 months, have you injected any drugs or medicines other than those prescribed for you?
 Yes | No

18. In the past 12 months, have you used any drugs or medicines that were not prescribed for you and that you did not inject?

Yes | No

Participant Laboratory Data

Collection Date: ____/____/____
Month Day Year

Participant ID: _____ P

Yes No

PARTICIPANT
BARCODE

Serum

Serum

Project flag: Fever in last 7 days

No: COPA

Yes: COPA_SYM

Pregnant

Additional Contact (2): Name _____

Relationship Method to contact:
 Partner/spouse Cell phone (call): _____
 Parent Text message: → Company: _____
 Child Home phone: _____
 Other family Other phone: _____
 Friend Email: _____

Additional Contact (3): Name _____

Relationship Method to contact:
 Partner/spouse Cell phone (call): _____
 Parent Text message: → Company: _____
 Child Home phone: _____
 Other family Other phone: _____
 Friend Email: _____

KAP: Adultos y Adolescentes 14+

Preguntas de Exposición a Mosquitos

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

Lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- 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

2. En el último mes, ¿cuán frecuente te picaron los mosquitos? Lea las opciones si es necesario.

- Diariamente
- De vez en cuando
- Semanalmente
- Rara vez
- Nunca

3. ¿Alguna vez ha tenido chikunguña? Sí | No

4. ¿Alguna vez ha tenido dengue? Sí | No

5. ¿Ha conocido a alguien que haya tenido dengue? Sí | No

Historial de Vacunación y Opiniones

Entrevistador lee: Se están desarrollando algunas vacunas contra el dengue. No está claro aún cuantas dosis son necesarias, pero podría ser 1, 2, o 3.

6. Si hubiese una vacuna aprobada contra el dengue, disponible de forma gratuita, en Puerto Rico, ¿se vacunaría? Sí | No | No sabe

7. Si hubiese una vacuna aprobada contra el dengue en Puerto Rico, por la cual tuviera que pagar, ¿se vacunaría? Sí | No | No sabe

7.1 Si tuviera que pagar por una vacuna contra el dengue, ¿pagaría \$10 por dosis? Sí | No | No sabe

7.2 Si tuviera que pagar por una vacuna contra el dengue, ¿pagaría \$20 por dosis? Sí | No | No sabe

7.3 Si tuviera que pagar por una vacuna contra el dengue, ¿pagaría \$50 por dosis? Sí | No | No sabe

8. ¿Tiene hijos menores de 21 años? Sí | No

8.1 Si hubiese una vacuna aprobada contra el dengue, disponible de forma gratuita, en Puerto Rico, ¿vacunaría a sus hijos? Sí | No | No sabe

8.2 Si hubiese una vacuna aprobada contra el dengue en Puerto Rico, por la cual tuviera que pagar, ¿vacunaría a sus hijos? Sí | No | No sabe

KAP: Adultos y Adolescentes 14+

9.1 (Si sí a 6 o 8.1) ¿Cuáles son las razones por las cuales le interesaría vacunarse/vacunar a su hijo contra el dengue? No lea las opciones, seleccione todas las que apliquen

- No quiero enfermarme/que mis hijos se enfermen con dengue
- No quisiera que yo/mis hijos falten al trabajo/escuela
- Me dio dengue y no quiero enfermarme otra vez
- Quiero protegerme/mi familia/mi comunidad
- Creo que es importante que todo el mundo se vacune
- Mi doctor recomienda la vacuna
- Otro (especifica): _____

9.2 (Si no a 6 o 8.1) ¿Cuáles son las razones por las cuales no le interesaría vacunarse/vacunar a su hijo contra el dengue? No lea las opciones, seleccione todas las que apliquen

- Costo
- No me preocupa tener/que mis hijos tengan dengue
- Efectos secundarios/reacciones
- No me gustan/le dan miedo las agujas
- He escuchado cosas negativas de esta vacuna
- No creo que funciona
- No creo en las vacunas
- Otro (especifica): _____

9.3 (Si no sabe a 6 o 8.1) ¿Cuáles son las razones por las cuales no está seguro si le interesaría vacunarse/vacunar a su hijo contra el dengue? No lea las opciones, seleccione todas las que apliquen

- Costo
- Efectos secundarios/reacciones
- He escuchado cosas negativas de esta vacuna
- No creo que funciona
- Necesito más información
- Necesito consultar con mi doctor
- Otro (especifica): _____

9.4 ¿Qué características considera importantes de una vacuna contra el dengue? (de la más a la menos importante)

- 1 = más importante
- 4 = menos importante
- ___ Alto nivel de protección
- ___ Que sea económica/Costo
- ___ Efectos secundarios mínimos
- ___ Que necesite una sola dosis

Entrevistador lee: Recuerda que la influenza es una enfermedad respiratoria y no la transmite los mosquitos.

10. ¿Se ha vacunado contra la influenza en los últimos 12 meses? Sí | No | No sabe

10.1 ¿Por qué no se vacunó contra la influenza? No lea las opciones, seleccione todas las que apliquen.

- Muy cara
- El plan médico no la cubre
- No sabía dónde conseguirla
- Inconveniente en ir a buscarla
- Miedo a las inyecciones (dolor)
- No funciona
- No cree en las vacunas
- Tiene una contraindicación
- Otra razón
- Ninguna razón/no sabe

11. ¿Alguna vez se ha vacunado contra la fiebre

Chequeo de Depresión y Ansiedad (18+ solo)

14. **PHQ.** Durante las últimas 2 semanas, ¿con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?
(Lea las opciones.)

14.1 Poco interés o placer en hacer cosas?

- 0 - Ningún día
- 1 - Varios días
- 2 - Más de la mitad de los días
- 3 - Casi todos los días

14.2 Sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanzas?

- 0 - Ningún día
- 1 - Varios días
- 2 - Más de la mitad de los días
- 3 - Casi todos los días

PHQ2 Score: _____
(PHQ1+PHQ2)

15. **GAD.** Durante las últimas 2 semanas, ¿con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?
(Lea las opciones.)

15.1 Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta

- 0 - Ningún día
- 1 - Varios días
- 2 - Más de la mitad de los días
- 3 - Casi todos los días

15.2 No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación?

- 0 - Ningún día
- 1 - Varios días
- 2 - Más de la mitad de los días
- 3 - Casi todos los días

GAD2 Score: _____
(GAD1+GAD2)

Chequeo de Uso de Drogas y Alcohol (18+ solo)

16. En los últimos 30 días, ¿ha bebido alcohol incluyendo cerveza, vino, otro licor (ron, whiskey, tequila)?

Sí | No

16.1 (hombres) En los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomó 5 o más bebidas alcohólicas en un periodo de aproximadamente 2 horas?

_____ veces

16.1 (mujeres) En los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en un periodo de aproximadamente 2 horas?

_____ veces

17. **Alguna vez en la vida**, ¿se ha inyectado (o le han inyectado) cualquier droga o medicamento que no le hayan recetado?

Sí | No

17.1 En los últimos 12 meses, ¿se ha inyectado (o le han inyectado) cualquier droga o medicamento que no le hayan recetado?

Sí | No

18. En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado alguna droga o medicamento no-inyectable que no le hayan recetado?

Sí | No

Participant Laboratory Data

Collection Date: _____/_____/_____
Month Day Year

Participant ID: _____ P _____

Yes No

PARTICIPANT
BARCODE

Serum

Serum

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

No: COPA

Yes: COPA_SYM

Pregnant

Contacto Adicional (2): Nombre _____

Relación Método de contacto:
 Pareja/Cónyuge 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:
 Pareja/Cónyuge Llamada al celular: _____
 Padre/madre Mensaje de texto → Compañía: _____
 Hijo/a Teléfono del hogar: _____
 Otro familiar Otro teléfono: _____
 Amigo Correo electrónico: _____

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: _____

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 mencionó 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: _____