

## CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

Survey #: 200

Organization: CDC

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, en colaboración con su departamento de salud local, están recopilando información sobre personas que se enfermaron recientemente con una infección por *Shigella*, también llamada shigellosis. *Shigella* son un grupo de bacterias que causan enfermedades diarreicas. Estamos tratando de determinar cómo usted (o la persona enferma) contrajo una infección por *Shigella*. La información que recopilamos en este cuestionario también ayudará a evitar que otros se enfermen.

Para comenzar, haga clic en el botón **Comenzar Cuestionario**.

*La carga de informes públicos de esta recopilación de información se estima en un promedio de 45 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un Número de control OMB actualmente válido. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Oficial de autorización de informes de CDC/ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATENCIÓN: PRA 0920-1307*

40c7



Guarde este código de acceso en referencia a las respuestas de su encuesta

**Comenzar Cuestionario**

Survey Starting Date: Wednesday, June 15, 2022 12:00 AM

Survey Closing Date: Friday, August 5, 2022 11:59 PM

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22



Salida

23 ▶

## CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

Puede que el departamento de salud ya se haya comunicado con usted. Nos gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre su enfermedad reciente (o la de la persona enferma) y sobre cualquier exposición que usted (o la persona enferma) haya tenido antes de enfermarse. Su ayuda en la investigación es muy importante. Su participación es voluntaria y puede negarse a contestar cualquiera de las preguntas en cualquier momento. Toda la información se mantendrá de manera confidencial en la medida en que lo permita la ley. En los informes no se usará ni su nombre ni ninguna otra información que lo identifique.

### ALERTA



Ha seleccionado participar en este cuestionario. Vaya a la página siguiente para comenzar este cuestionario.

OK

### CONSENTIMIENTO

Este cuestionario probablemente

participar?

SI  NO

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22



Salida

23 ▶

## CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

Puede que el departamento de salud ya se haya comunicado con usted. Nos gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre su enfermedad reciente (o la de la persona enferma) y sobre cualquier exposición que usted (o la persona enferma) haya tenido antes de enfermarse. Su ayuda en la investigación es muy importante. Su participación es voluntaria y puede negarse a contestar cualquiera de las preguntas en cualquier momento. Toda la información se mantendrá de manera confidencial en la medida en que lo permita la ley. En los informes no se usará ni su nombre ni ninguna otra información que lo identifique.

### ALERTA

Ha seleccionado no participar en este cuestionario. Agradecemos su tiempo. Pase a la página siguiente para finalizar el cuestionario y enviar su respuesta. Para obtener más información sobre la shigelosis, visite [www.cdc.gov/shigella/](http://www.cdc.gov/shigella/).

OK

participar?

## CONSENTIMIENTO

Este cuestionario probablemente

SI  NO

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
22	23	▶																			



Salida

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL CUESTIONARIO

1. ¿Está completando este cuestionario en nombre suyo o de otra persona?

Nombre suyo  Otra persona

2. ¿Cuál de las opciones describe mejor la relación de la otra persona con usted?

Esposo(a)  Hijo  Otro dependiente  Otro

i. (especifique):

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21



Salida

22 23

Para las siguientes preguntas, por favor responda con la información sobre la persona que se enfermó de shigelosis. Si está respondiendo en nombre de otra persona, responda todas las preguntas de acuerdo con la información de la persona que se enfermó de shigelosis. Si está respondiendo en nombre suyo, responda todas las preguntas de acuerdo con su propia información.

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL CASO

1. ¿En qué estado reside usted (o la persona enferma)?

Seleccione | v

2. ¿En que condado reside usted (o la persona enferma)?

3. ¿Qué edad tiene la persona que se enfermó de shigelosis?

13  Años  Meses  Días

4. ¿Qué sexo se le asignó a usted (o la persona enferma) al nacer?:

sexo

Femenino  Masculino  Desconocido  Se negó a contestar

5. ¿Cómo describe su grupo étnico y la raza (o el grupo étnico y la raza de la persona enferma)?

etnicidad

Hispano o Latino  No Hispano o Latino

6. ¿Cómo describe su raza (o la raza de la persona enferma)?

(seleccione todas las opciones que correspondan)

- Indoamericana o nativa de Alaska
- Asiática
- Raza negra o afroamericana
- Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico
- Raza blanca
- Se negó a contestar

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21  
22 23



Salida

Para las siguientes preguntas, por favor responda con la información sobre la persona que se enfermó de shigellosis. Si está respondiendo en nombre de otra persona, responda todas las preguntas de acuerdo con la información de la persona que se enfermó de shigellosis. Si está respondiendo en nombre suyo, responda todas las preguntas de acuerdo con su propia información.

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL CASO

1. ¿En qué estado reside usted (o la persona enferma)?

Seleccione | ▾

2. ¿En que condado reside usted (o la persona enferma)?

3. ¿Qué edad tiene la persona que se enfermó de shigellosis?

14



Años



Meses



Días

4. ¿Qué sexo se le asignó a usted (o la persona enferma) al nacer?:

sexo

Femenino

Masculino

Desconocido

Se negó a contestar

5. ¿Cómo describe su grupo étnico y la raza (o el grupo étnico y la raza de la persona enferma)?

etnicidad

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

6. ¿Cómo describe su raza (o la raza de la persona enferma)?

*(seleccione todas las opciones que correspondan)*

Indoamericana o nativa de Alaska

Asiática

Raza negra o afroamericana

Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico

Raza blanca

Se negó a contestar

7. ¿Cuál es su ocupación actual (la ocupación actual de la persona enferma)?

## SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL HOGAR

1. ¿Cómo describiría, de la manera más aproximada, el tipo de vivienda en la que usted (o la persona enferma) vive actualmente? Por ejemplo, casa, apartamento, casa rodante.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casa/hogar unifamiliar                              | <input type="checkbox"/> Apartamento                               |
| <input type="checkbox"/> Hotel/motel   | <input type="checkbox"/> Establecimiento de cuidados a largo plazo |
| <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos/residencia de vida asistida       | <input type="checkbox"/> Casa rodante                              |
| <input type="checkbox"/> Refugio   | <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación                  |
| <input type="checkbox"/> Casa de paso intermedio                             | <input type="checkbox"/> Desconocido                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="text"/> |  |

2. Durante los últimos 30 días, ¿usted (o la persona enferma) compartió habitación o se quedó a pasar la noche con amigos, familiares o con alguien que no conocía muy bien porque no tenía un lugar habitual donde pasar la noche?

Seleccione | ▼

3. Durante los últimos 30 días, ¿usted (o la persona enferma) estuvo sin hogar en algún momento? Es decir, ¿estuvo viviendo en la calle, en un refugio, en un hotel de viviendas de una sola habitación o en un auto?

Select | ▼

4. ¿Cuál es la fuente del agua que abastece su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de la persona enferma)?

Select | ▼

5. ¿A qué tipo de sistema se conecta el alcantarillado de su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de la persona enferma)?

Select | ▼

6. ¿Cuántas personas, incluido usted (o la persona enferma), viven en su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de la persona enferma)?

Marque aquí si desconoce el número de personas que viven en residencia primaria

a. ¿Alguna de estas personas usa pañales (niños o adultos)?

Select | ▼

b. ¿Cuántas de las personas que viven en su hogar (o el hogar de la persona enferma) son menores de 5 años?

Marque aquí si desconoce el número de personas menores de 5 años

7. El año pasado, ¿cuáles fueron los ingresos de su hogar (o los ingresos del hogar de la persona enferma), de todas las fuentes y antes de impuestos? Es decir, la cantidad total de dinero que ganaron y compartieron todas las personas que viven en su el hogar.

Select | ▼

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

22 23 ▶



Salida

## SECCIÓN 4: INFORMACIÓN CLÍNICA

1. ¿En qué fecha se comenzó a sentir enfermo usted (o la persona enferma)?   Fecha aproximada  Desconocido

2. ¿En qué fecha dejó de sentirse enfermo usted (o la persona enferma)?   Fecha aproximada  Desconocido

a. Si no está seguro de las fechas específicas para las preguntas 1 y 2, ¿aproximadamente cuántos días estuvo usted (o la persona enferma) enfermo?

Continúa

## SÍNTOMAS

3. ¿Ha tenido usted (o la persona enferma) alguno de los siguientes síntomas?

a. Diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas)  ▼

i. ¿aproximadamente cuántos días ha tenido usted (o la persona enferma) diarrea?

b. Dolores o calambres abdominales  ▼

c. Fiebre  ▼

d. Náuseas  ▼

e. Vómitos  ▼

f. Heces con sangre o diarrea con sangre  ▼

g. Convulsiones  ▼

h. Dolor muscular o en las articulaciones  ▼

i. Tenesmo (o sentir la necesidad de defecar [hacer caca] aun cuando no haya heces en los intestinos)  ▼

j. Algún otro síntoma que no le haya mencionado:  ▼

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21



Salida

22 23

## SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

1. Como resultado de su enfermedad (o la persona enferma), ¿buscó atención médica?

Sí  No  No sabe

a. ¿Dónde buscó atención médica usted (o la persona enferma)?  
(seleccione todas las opciones que correspondan)

- Consultorio médico
- Centro de atención de urgencia
- Centro médico de una farmacia
- Centro médico de ETS
- Sala de emergencias
- Hospital
- Desconocido
- Otro (especifique):

b. ¿Usted (o la persona enferma) pasó alguna noche hospitalizado?

i. ¿Cuántas noches estuvo hospitalizado usted (o la persona enferma)?

Marque aquí si desconoce el número de noches que estuvo hospitalizado

c. ¿Usted (o la persona enferma) estuvo internado en la unidad de cuidados intensivos?

2. Además de la infección por *Shigella*, ¿le dijo el médico que usted (o a la persona enferma) que tenía alguna otra infección?

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21  
22 23 ▶



Salida

## SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

3. ¿Le recetaron a usted (o la persona enferma) algún antibiótico para esta enfermedad?

Sí ▼

a. ¿Cómo se llaman los antibióticos, cuáles son las dosis y cuál la frecuencia?

Desconoce

b. ¿En qué fecha comenzó usted (o la persona enferma) a tomar los antibióticos?

Fecha aproximada

Desconocido

c. ¿En qué fecha usted (o la persona enferma) dejó de tomar los antibióticos?

Fecha aproximada

Desconocido

Sigue tomando los antibióticos

d. En las 24 horas después de tomar los antibióticos, ¿sus síntomas (o los síntomas de la persona enferma)? (Mejoraron, No cambiaron, Empeoraron, Otra respuesta)

Select ▼

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿estuvo usted (o la persona enferma) algún tiempo fuera del estado en el que vive?

- Sí       No       No sabe

### VIAJES DOMÉSTICOS

a. Mencione el nombre de todos los estados, dentro de los EE. UU., a los que usted (o la persona enferma) viajó.

No viajó dentro de los EE.UU.

i. Provea las fechas de viaje dentro de los E.UU.:

ii. ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Turismo  
 Trabajo  
 Visitar a amigos o parientes  
 Otro (especifique):

iii. ¿Dónde se quedó usted (o la persona enferma) cuando estuvo de viaje dentro de los EE. UU.? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Hotel, hostería, casa de huéspedes, complejo turístico  
 Casa particular  
 Hospital  
 Crucero  
 Otro lugar (p. ej., escuela, dormitorio universitario, carpa)  
(especifique):

iv. ¿Qué actividades usted (o la persona enferma) hizo cuando estuvo de viaje dentro de los EE. UU.? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Comprar o comer alimentos  
 Actividades en el agua  
 Ir a un encuentro de personas  
 Tomar agua no tratada  
 Otra actividad  
(especifique):

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
22	23	▶																			

	Salida
---	--------

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿estuvo usted (o la persona enferma) algún tiempo fuera del estado en el que vive?

- Sí       No       No sabe

## VIAJES DOMÉSTICOS

a. Mencione el nombre de todos los estados, dentro de los EE. UU., a los que usted (o la persona enferma) viajó.

No viajó dentro de los EE.UU.

i. Provea las fechas de viaje dentro de los E.UU.:

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN VIAJES INTERNACIONALES

b. Dígame el nombre de todos los países a los que usted (o la persona enferma) viajó fuera de los EE. UU.:

No viajé fuera de los EE. UU

i. Provea las fechas de los viajes internacionales:

ii. ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Turismo
- Trabajo
- Visitar a amigos o parientes
- Otro

iii. ¿Dónde se quedó usted (o la persona enferma) durante los viajes internacionales? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Hotel, hostería, casa de huéspedes, complejo turístico
- Casa particular
- Hospital
- Crucero
- Otro lugar (p. ej., escuela, dormitorio universitario, carpa)

iv. ¿Qué actividades hizo usted (o la persona enferma) durante los viajes internacionales? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Comprar o comer alimentos
- Actividades en el agua
- Ir a un encuentro de personas
- Tomar agua no tratada
- Otra actividad

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21



Salida

22 23 ▶

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN VIAJES INTERNACIONALES

b. Dígame el nombre de todos los países a los que viajó fuera de los EE. UU.:

No viajé fuera de los EE. UU

i. Provea las fechas de los viajes internacionales:

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21  
22 23 ▶

🏠 Salida

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

2. Durante el último mes, ¿ha tenido usted (o la persona enferma) contacto con alguna persona que haya viajado fuera de los Estados Unidos?

Sí       No       No sabe

a. ¿A dónde viajaron estas esas personas?

b. ¿Estuvieron enfermos con síntomas similares a los suyos (o los síntomas de la persona enferma)?

Sí       No       No sabe

c. ¿Comió o bebió usted (o la persona enferma) algún alimento o alguna bebida que ellos trajeron del viaje?

Sí       No       No sabe

i. ¿Qué comió o bebió? (especifique):

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

22 23 ▶



Salida

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

2. Durante el último mes, ¿ha tenido usted (o la persona enferma) contacto con alguna persona que haya viajado fuera de los Estados Unidos?

Sí       No       No sabe

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

3. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma), ¿asistió usted (o la persona enferma) a alguno de los siguientes sitios o fue a alguno para visitar, trabajar o ayudar como voluntario?

a. Un encuentro religioso (p. ej., en una iglesia, mezquita o sinagoga)

Sí       No       No sabe

(especifique):

b. Campamento

Sí       No       No sabe

(especifique):

c. Conferencia u otro encuentro con muchas personas

Sí       No       No sabe

(especifique):

d. Festival, feria, obra de teatro o concierto

Sí       No       No sabe

(especifique):

e. Fiesta, pícnic o asado

Sí       No       No sabe

(especifique):

f. Práctica deportiva, partido deportivo o clase de gimnasia

Sí       No       No sabe

(especifique):

g. Otro encuentro de personas que no le haya mencionado

Sí       No       No sabe

(especifique):

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

### 4. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma), usted (o la persona enferma):

a. ¿Tomó agua de una fuente no tratada, como un lago, una laguna o un río?

Sí       No       No sabe

(especifique):

b. ¿Comió algún alimento preparado por un amigo, vecino o compañero de trabajo en la casa de esa persona?

Sí       No       No sabe

(especifique):

c. ¿Comió algún alimento preparado por un servicio de comidas? (p. ej., comida que se sirvió en una boda o en una conferencia)

Sí       No       No sabe

(especifique):

d. ¿Comió en un restaurante?

Sí       No       No sabe

(especifique):

e. ¿Se metió en agua tratada, como en una piscina?

Sí       No       No sabe

(especifique):

f. ¿Se metió en agua no tratada, como en un lago, un río o el mar?

Sí       No       No sabe

(especifique):

g. ¿Jugó en alguna fuente de agua interactiva, mesa infantil de agua, piscina para niños o bebés?

Sí       No       No sabe

(especifique):

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21



Salida

22 23 ▶

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

**5. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma), ¿fue usted (o la persona enferma) a visitar, trabajar o ayudar como voluntario en alguno de los siguientes?**

a. Un lugar donde se sirven alimentos, como un restaurante o una cafetería

Sí       No       No sabe

(especifique):

b. Un refugio para personas sin hogar

Sí       No       No sabe

(especifique):

c. Un establecimiento de atención médica

Sí       No       No sabe

(especifique):

d. Un hogar de ancianos, un centro de cuidados a largo plazo o una residencia de vida asistida

Sí       No       No sabe

(especifique):

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21  
22 23



Salida

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

**6. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma), ¿tuvo usted (o la persona enferma) contacto con alguien que tuviera diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) o síntomas similares a los suyos (o la persona enferma)?**

Sí

a. ¿Se le diagnosticó a esta persona una infección por *Shigella*?

Select

b. ¿Era esta persona alguien de su hogar (o del hogar de la persona enferma)?

Sí

(especifique):

c. ¿Usa pañales esta persona?

Sí

i. ¿Le cambió usted (o la persona enferma) los pañales a esta persona?

Select

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

7. Mientras usted (o la persona enferma) estaba enfermo con la infección por *Shigella*, ¿hizo usted (o la persona enferma) alguna de las siguientes cosas?

a. Preparar o manipular alimentos para otras personas

Sí       No       No sabe

(especifique):

b. Ir a nadar o jugar en una piscina, piscina infantil, fuente de agua interactiva o mesa infantil de agua

Sí       No       No sabe

(especifique):

c. Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un establecimiento de atención médica

Sí       No       No sabe

(especifique):

d. Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un hogar de ancianos, establecimiento de cuidados a largo plazo o residencia de vida asistida

Sí       No       No sabe

(especifique):

e. Asistir a una escuela o establecimiento de cuidado de niños, o ir a este lugar para visitar, trabajar o ayudar como voluntario

Sí       No       No sabe

(especifique):

f. Asistir a un encuentro de personas o ir de visita, a trabajar o ayudar como voluntario. Por ejemplo, un pícnic, una fiesta, un concierto, una conferencia o un encuentro religioso

Sí       No       No sabe

(especifique):

## SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE LA ESCUELA O ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO DE NIÑOS

1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma), ¿asistió usted (o la persona enferma) a un establecimiento de cuidado de niños, guardería o preescolar, o fue a alguno para visitar, trabajar o ayudar como voluntario?

Sí       No       No sabe

a. ¿Cómo se llama el establecimiento?

b. En este establecimiento, ¿habían otros niños o adultos enfermos con diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) o síntomas similares a los suyos (o los síntomas de la persona enferma) antes de que se enfermara?

Sí       No       No sabe

c. ¿Usó usted (o la persona enferma) el bus escolar u otro transporte escolar para ir y volver del centro de cuidado de niños, guardería o preescolar?

Sí       No       No sabe

d. ¿Se le excluyó a usted (o la persona enferma) de este establecimiento mientras estaba enfermo?

Sí       No       No sabe

i. ¿Cuántos días se le excluyó a usted (o la persona enferma)?

ii. Si el caso tiene 18 años de edad o menos, durante el tiempo que se le excluyó de la guardería, ¿en dónde le brindaron cuidados alternativos o quién lo cuidó? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Niñera
- En la casa
- Otro centro de cuidado de niños
- Desconocido
- Otro lugar

## SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE LA ESCUELA O ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO DE NIÑOS

2. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma), ¿asistió usted (o la persona enferma) a una escuela (como escuela primaria, secundaria, centro de cuidado después de la escuela u otro tipo de establecimiento escolar) o fue a una escuela para visitar, trabajar o ayudar como voluntario?

Sí       No       No sabe

a. ¿Cuál es el nombre de la escuela?

b. Había en esta escuela otros niños o adultos enfermos con diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) o síntomas similares a los suyos (o los síntomas de la persona enferma) antes de que se enfermara?

Sí       No       No sabe

c. ¿Usó usted (o la persona enferma) el bus escolar u otro transporte escolar para ir y volver de la escuela?

Sí       No       No sabe

d. ¿Se lo excluyó a usted (o la persona enferma) de la escuela mientras estaba enfermo?

Sí       No       No sabe

i. ¿Cuántos días se le excluyó a usted (o la persona enferma)?

ii. Si el caso tiene 18 años de edad o menos, durante el tiempo que se excluyó a usted (o la persona enferma) de la escuela, ¿dónde se le brindaron cuidados alternativos o quién lo cuidó? (seleccione todas las opciones que correspondan)

Niñera

En casa

Se cuidó a sí mismo

Desconocido

Otro lugar (especifique):

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

22 23 ▶



Salida

## SECCIÓN 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE

Por último, nos gustaría preguntarle sobre su actividad sexual reciente porque la *Shigella* puede transmitirse a través del contacto sexual. La *Shigella* es muy contagiosa; basta solo una pequeña cantidad de estos microbios para enfermar a una persona. Las personas pueden contraer la shigelosis cuando se ponen en la boca o tragan algo que haya entrado en contacto con las heces de alguien que tenga la enfermedad. Esto puede suceder durante las relaciones sexuales.

Como se describe previamente, sus respuestas son voluntarias y puede negarse a contestar cualquiera de las preguntas en cualquier momento. Les hacemos estas preguntas a todos los adultos que recibieron el diagnóstico de infección por *Shigella*. Sus respuestas se mantendrán de manera confidencial y podrían ayudarnos a identificar la forma en que contrajo la infección por *Shigella* que lo enfermó. Esto también nos ayudará a prevenir que otras personas se enfermen.

## CONSENTIMIENTO

¿Desea continuar con esta sección?

SI  NO

### ALERTA



Gracias por tu tiempo. Vaya a la página siguiente para finalizar el cuestionario y enviar sus respuestas. Para obtener más información sobre la shigelosis, visite [www.cdc.gov/shigella/](http://www.cdc.gov/shigella/).

OK

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
22	23	▶																			

	Salida
---	--------

## SECCIÓN 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE

Por último, nos gustaría preguntarle sobre su actividad sexual reciente porque la *Shigella* puede transmitirse a través del contacto sexual. La *Shigella* es muy contagiosa; basta solo una pequeña cantidad de estos microbios para enfermar a una persona. Las personas pueden contraer la shigelosis cuando se ponen en la boca o tragan algo que haya entrado en contacto con las heces de alguien que tenga la enfermedad. Esto puede suceder durante las relaciones sexuales.

Como se describe previamente, sus respuestas son voluntarias y puede negarse a contestar cualquiera de las preguntas en cualquier momento. Les hacemos estas preguntas a todos los adultos que recibieron el diagnóstico de infección por *Shigella*. Sus respuestas se mantendrán de manera confidencial y podrían ayudarnos a identificar la forma en que contrajo la infección por *Shigella* que lo enfermó. Esto también nos ayudará a prevenir que otras personas se enfermen.

## CONSENTIMIENTO

¿Desea continuar con esta sección?

SI     NO

## SECCIÓN 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE

1. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que usted se considera?

Seleccione | ▼

2. Actualmente, ¿se describe usted como hombre, mujer o persona transgénero?

Select | ▼

3. ¿Es sexualmente activo en la actualidad?

Sí | ▼

a. Desde que comenzó su enfermedad, ¿ha tenido contacto sexual con otra persona? El contacto sexual incluye las relaciones sexuales genitales, anales, orales o cualquier otro tipo de contacto sexual.

Sí  No  Prefiere no contestar

b. DURANTE LOS 7 DIAS ANTERIORES al comienzo de su enfermedad, ¿tuvo contacto sexual con otra persona? El contacto sexual incluye las relaciones sexuales genitales, anales, orales o cualquier otro tipo de contacto sexual

Sí  No  Prefiere no contestar

i. ¿De qué género eran sus parejas sexuales? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Femenino
- Masculino
- Mujer transgénero
- Hombre transgénero
- Otro
- Desconocido
- Prefiere no contestar

ii. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿tuvo alguna de sus parejas sexuales diarrea o síntomas similares a los suyos?

Sí  No  Prefiere no contestar

# CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

◀ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

22 23 ▶



Salida

## SECCIÓN 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE

Las siguientes preguntas serán más explícitas sobre el tipo de sexo que tuvo en la semana anterior al comienzo de su enfermedad. Esto nos ayudará a comprender mejor cómo pudo haberse enfermado.

iii. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿qué tipo de contacto sexual tuvo?

1. Relaciones sexuales genitales (por ejemplo, el pene dentro de la vagina)

Sí  No  Prefiere no contestar

2. Relaciones sexuales anales (por ejemplo, el pene dentro del ano)

Sí  No  Prefiere no contestar

3. Relaciones sexuales orales (por ejemplo, la boca en el pene o la vagina)

Sí  No  Prefiere no contestar

4. Anilingus o "rimming" (o sea, la boca en el ano)

Sí  No  Prefiere no contestar

5. Otro tipo de contacto sexual (por ejemplo, le tocó el ano a su pareja con las manos, su pareja le tocó el ano con las manos o compartieron juguetes sexuales)

Sí  No  Prefiere no contestar

iv. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿consumió drogas o alcohol durante o inmediatamente antes de tener relaciones sexuales? Algunos ejemplos incluyen alcohol, Viagra, metanfetamina (meth), GHB (éxtasis líquido), cocaína o inhalantes (poppers)

Sí

(especifique):

## SECCIÓN 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE

v. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿cuántas parejas sexuales tuvo?

1. ¿Fue alguna de estas una pareja nueva?

Sí

No

Prefiere no contestar

a. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿conoció a su(s) pareja(s) sexual(es) nueva(s) en alguno de los siguientes lugares?

i. Bar, restaurante, o club

Sí

No

Prefiere no contestar

ii. Casa de baños

Sí

No

Prefiere no contestar

iii. Tienda de libros

Sí

No

Prefiere no contestar

iv. Gimnasio

Sí

No

Prefiere no contestar

v. Parque

Sí

No

Prefiere no contestar

vi. Medios sociales

Sí

No

Prefiere no contestar

## SECCIÓN 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE

a. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿conoció a su(s) pareja(s) sexual(es) nueva(s) en alguno de los siguientes lugares?

vii. Sitios de citas o encuentros

Sí  No  Prefiere no contestar

viii. Fiesta, conferencia u otro tipo de evento

Sí  No  Prefiere no contestar

ix. Club o fiesta sexual

Sí  No  Prefiere no contestar

x. Otro lugar que no le haya mencionado

Sí  No  Prefiere no contestar

4. Durante los últimos 12 meses, ¿le dijo algún médico que tenía una infección de transmisión sexual?

Sí  No  Prefiere no contestar

a. ¿Qué infección? (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Clamidia  Sífilis  
 Herpes  Gonorrea  
 Verrugas genitales  
 Otro (especifique):

## CUESTIONARIO COMPLETADO

**Gracias por completar este cuestionario.**

**¡Haga clic en el botón *Enviar Cuestionario* para enviar sus respuestas!**

**Equipo de los CDC**