

## CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

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 prevenir que otros se enfermen.

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

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.

Este cuestionario probablemente no le tome más de 45 minutos. ¿Está dispuesto a participar?

- **Si la respuesta es “sí”:** Ha seleccionado participar en este cuestionario. Vaya a la página siguiente para comenzar este cuestionario.
- **Si la respuesta es “no”:** 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 shigellosis, visite [www.cdc.gov/shigella/](http://www.cdc.gov/shigella/)

### **Sección 1: INFORMACIÓN DEL CUESTIONARIO**

1. ¿Está completando este cuestionario en nombre suyo o de otra persona?
  - a. Nombre suyo
  - b. Otra persona
  
2. ¿Cuál de las opciones describe mejor la relación de la otra persona con usted?
  - a. Esposo(a)
  - b. Hijo
  - c. Otro dependiente
  - d. Otro
  - i. (especifique): \_\_\_\_\_

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

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

con su propia información.

### Sección 2: INFORMACIÓN SOBRE EL CASO

1. ¿En qué estado reside usted (o la persona enferma)?: _____	2. ¿En qué condado reside usted (o la persona enferma)?: _____
3. ¿Qué edad tiene la persona que se enfermó de shigelosis?: _____ <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días	
4. ¿Qué sexo se le asignó a usted (o la persona enferma) al nacer? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Se negó a contestar	
5. ¿Cómo describe su grupo étnico y la raza (o el grupo étnico y la raza de la persona enferma)? <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino	
6. ¿Cómo describe su raza (o la raza de la persona enferma)? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Indoamericana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Raza blanca <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Desconocido
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Desconocido
4. ¿Cuál es la fuente del agua que abastece su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de la persona enferma)? <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____
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)? <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro tipo (especifique): _____
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)? _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si desconoce el número de personas que viven en residencia primaria a. ¿Alguna de estas personas usa pañales (niños o adultos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Desconocido b. ¿Cuántas de las personas que viven en su hogar (o el hogar de la persona enferma) son menores de 5 años? _____ <input type="checkbox"/> 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 el hogar. <input type="checkbox"/> <\$20 000 <input type="checkbox"/> \$20 000-\$39 999 <input type="checkbox"/> \$40 000-\$59 999 <input type="checkbox"/> \$60 000-\$79 999 <input type="checkbox"/> \$80 000-99 999 <input type="checkbox"/> \$>100 000 o más <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Desconocido

### Sección 4: INFORMACIÓN CLÍNICA

1. ¿En qué fecha se comenzó a sentir enfermo usted (o la persona enferma)? _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Fecha aproximada <input type="checkbox"/> Desconocido
--

2. ¿En qué fecha dejó de sentirse enfermo usted (o la persona enferma)? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Fecha aproximada     Desconocido     Continúa  
 Mes / Día / Año

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? \_\_\_\_\_

### SÍNTOMAS

Sí	No	No sabe	3. ¿Ha tenido usted (o la persona enferma) alguno de los siguientes síntomas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas)
			i. ¿aproximadamente cuántos días ha tenido usted (o la persona enferma) diarrea? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dolores o calambres abdominales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Fiebre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Náuseas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Vómitos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Heces con sangre o diarrea con sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Dolor muscular o en las articulaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Tenesmo (o sentir la necesidad de defecar [hacer caca] aun cuando no haya heces en los intestinos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Algún otro síntoma que no le haya mencionado (especifique): _____

### Sección 5: INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

Sí	No	No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Como resultado de su enfermedad (o la persona enferma), ¿buscó atención médica?
			a. ¿Dónde buscó atención médica usted (o la persona enferma)? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Centro de atención de urgencia <input type="checkbox"/> Centro médico de una farmacia <input type="checkbox"/> Centro médico de ETS <input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. ¿Usted (o la persona enferma) pasó alguna noche hospitalizado?
			i. ¿Cuántas noches estuvo hospitalizado usted (o la persona enferma)? _____ <input type="checkbox"/> Marque aquí si desconoce el número de noches que estuvo hospitalizado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. ¿Usted (o la persona enferma) estuvo internado en la unidad de cuidados intensivos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Además de la infección por <i>Shigella</i> , ¿le dijo el médico que usted (o a la persona enferma) tenía alguna otra infección?
			a. ¿Cuál era el nombre de esa o esas otras infecciones? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Le recetaron a usted (o la persona enferma) algún antibiótico para esta enfermedad?
			a. ¿Cómo se llaman los antibióticos, cuáles son las dosis y cuál la frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> Desconocido
			b. ¿En qué fecha comenzó usted (o la persona enferma) a tomar los antibióticos? _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Fecha aproximada <input type="checkbox"/> Desconocido Mes / Día / Año
			c. ¿En qué fecha usted (o la persona enferma) dejó de tomar los antibióticos? _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Fecha aproximada <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Sigue tomando los antibióticos

			Mes / Día / Año
			<b>d.</b> En las 24 horas después de tomar los antibióticos, ¿sus síntomas (o los síntomas de la persona enferma)? ( <i>Mejoraron, No cambiaron, Empeoraron, Otra respuesta</i> ) <input type="checkbox"/> Mejoraron <input type="checkbox"/> No cambiaron <input type="checkbox"/> Empeoraron <input type="checkbox"/> Otra respuesta (especifique): _____

### Sección 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

Sí	No	No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1.</b> 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?
			<b>a.</b> Mencione el nombre de todos los estados, dentro de los EE. UU., a los que usted (o la persona enferma) viajó. _____
			<b>i.</b> Provea las fechas de viaje dentro de los EE. UU.: _____ <input type="checkbox"/> No viajé dentro de los EE. UU.
			<b>ii.</b> ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? ( <i>seleccione todas las opciones que correspondan</i> ) <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Visitar a amigos o parientes <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
			<b>iii.</b> ¿Dónde se quedó usted (o la persona enferma) cuando estuvo de viaje dentro de los EE. UU.? ( <i>seleccione todas las opciones que correspondan</i> ) <input type="checkbox"/> Hotel, hostería, casa de huéspedes, complejo turístico <input type="checkbox"/> Casa particular <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Crucero <input type="checkbox"/> Otro lugar (p. ej., escuela, dormitorio universitario, carpa) (especifique): _____
			<b>iv.</b> ¿Qué actividades usted (o la persona enferma) hizo cuando estuvo de viaje dentro de los EE. UU.? ( <i>seleccione todas las opciones que correspondan</i> ) <input type="checkbox"/> Comprar o comer alimentos <input type="checkbox"/> Actividades en el agua <input type="checkbox"/> Ir a un encuentro de personas <input type="checkbox"/> Tomar agua no tratada <input type="checkbox"/> Otra actividad (especifique): _____
			<b>b.</b> Dígame el nombre de todos los países a los que usted (o la persona enferma) viajó fuera de los EE. UU.: _____ <input type="checkbox"/> No viajé fuera de los EE. UU.
			<b>i.</b> Provea las fechas de los viajes internacionales: _____
			<b>ii.</b> ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? ( <i>seleccione todas las opciones que correspondan</i> ) <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Visitar a amigos o parientes <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
			<b>iii.</b> ¿Dónde se quedó usted (o la persona enferma) durante los viajes internacionales? ( <i>seleccione todas las opciones que correspondan</i> ) <input type="checkbox"/> Hotel, hostería, casa de huéspedes, complejo turístico <input type="checkbox"/> Casa particular <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Crucero <input type="checkbox"/> Otro lugar (p. ej., escuela, dormitorio universitario, carpa) (especifique): _____
			<b>iv.</b> ¿Qué actividades hizo usted (o la persona enferma) durante los viajes internacionales? ( <i>seleccione todas las opciones que correspondan</i> ) <input type="checkbox"/> Comprar o comer alimentos <input type="checkbox"/> Actividades en el agua <input type="checkbox"/> Ir a un encuentro de personas <input type="checkbox"/> Tomar agua no tratada <input type="checkbox"/> Otra actividad (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2.</b> Durante el último mes, ¿ha tenido usted (o la persona enferma) contacto con alguna persona que haya viajado fuera de los Estados Unidos?
			<b>a.</b> ¿A dónde viajaron esas personas? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>b.</b> ¿Estuvieron enfermos con síntomas similares a los suyos (o los síntomas de la persona enferma)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>c.</b> ¿Comió o bebió usted (o la persona enferma) algún alimento o alguna bebida que ellos trajeron del viaje?
			<b>i.</b> ¿Qué comió o bebió? (especifique): _____
			<b>3.</b> 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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>a.</b> Un encuentro religioso (p. ej., en una iglesia, mezquita o sinagoga) (especifique): _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>b.</b> Campamento (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>c.</b> Conferencia u otro encuentro con muchas personas (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>d.</b> Festival, feria, obra de teatro o concierto (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>e.</b> Fiesta, pícnic o asado (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>f.</b> Práctica deportiva, partido deportivo o clase de gimnasia (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>g.</b> Otro encuentro de personas que no le haya mencionado (especifique): _____
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>	<b>4.</b> Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma), usted (o la persona enferma):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>a.</b> ¿Tomó agua de una fuente no tratada, como un lago, una laguna o un río? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>b.</b> ¿Comió algún alimento preparado por un amigo, vecino o compañero de trabajo en la casa de esa persona? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>c.</b> ¿Comió algún alimento preparado por un servicio de comidas? (p. ej., comida que se sirvió en una boda o en una conferencia) (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>d.</b> ¿Comió en un restaurante? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>e.</b> ¿Se metió en agua tratada, como en una piscina? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>f.</b> ¿Se metió en agua no tratada, como en un lago, un río o el mar? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>g.</b> ¿Jugó en alguna fuente de agua interactiva, mesa infantil de agua, piscina para niños o bebés? (especifique): _____
			<b>5.</b> 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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>a.</b> Un lugar donde se sirven alimentos, como un restaurante o una cafetería (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>b.</b> Un refugio para personas sin hogar (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>c.</b> Un establecimiento de atención médica (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>d.</b> Un hogar de ancianos, un centro de cuidados a largo plazo o una residencia de vida asistida (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>6.</b> 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)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>a.</b> ¿Se le diagnosticó a esta persona una infección por <i>Shigella</i> ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>b.</b> ¿Era esta persona alguien de su hogar (o del hogar de la persona enferma)? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>c.</b> ¿Usa pañales esta persona?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>i.</b> ¿Le cambió usted (o la persona enferma) los pañales a esta persona?
			<b>7.</b> Mientras usted (o la persona enferma) estaba enfermo con la infección por <i>Shigella</i> , ¿hizo usted (o la persona enferma) alguna de las siguientes cosas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>a.</b> Preparar o manipular alimentos para otras personas (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>b.</b> Ir a nadar o jugar en una piscina, piscina infantil, fuente de agua interactiva o mesa infantil de agua (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>c.</b> Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un establecimiento de atención médica (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>d.</b> Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un hogar de ancianos, establecimiento de cuidados a largo plazo o residencia de vida asistida (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>e.</b> Asistir a una escuela o establecimiento de cuidado de niños, o ir a este lugar para visitar, trabajar o ayudar como voluntario (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>f.</b> 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 (especifique): _____

**Sección 7: INFORMACIÓN DE LA ESCUELA O ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO DE NIÑOS**

Sí	No	No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>1.</b> 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?</p> <p><b>a.</b> ¿Cómo se llama el establecimiento? _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>b.</b> En este establecimiento, ¿había 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?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>c.</b> ¿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?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>d.</b> ¿Se le excluyó a usted (o la persona enferma) de este establecimiento mientras estaba enfermo?</p> <p><b>i.</b> ¿Cuántos días se le excluyó a usted (o la persona enferma)? _____</p> <p><b>ii.</b> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> Niñera   <input type="checkbox"/> En la casa   <input type="checkbox"/> Otro centro de cuidado de niños   <input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> Otro lugar (especifique): _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>2.</b> 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?</p> <p><b>a.</b> ¿Cuál es el nombre de la escuela? _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>b.</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?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>c.</b> ¿Usó usted (o la persona enferma) el bus escolar u otro transporte escolar para ir y volver de la escuela?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>d.</b> ¿Se lo excluyó a usted (o la persona enferma) de la escuela mientras estaba enfermo?</p> <p><b>i.</b> ¿Cuántos días se le excluyó a usted (o la persona enferma)? _____</p> <p><b>ii.</b> Si la respuesta a la pregunta 2d es "sí" y 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)</p> <p><input type="checkbox"/> Niñera   <input type="checkbox"/> En el hogar   <input type="checkbox"/> Se cuidó a sí mismo   <input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p>

[Continúe si el participante tiene 18 años de edad o más. De lo contrario, salte la sección 8 y termine el cuestionario].

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.

**¿Desea continuar con esta sección?**

*Si la respuesta es “sí”:* [Comience con la sección 8].

*Si la respuesta es “no”:* Gracias por tu tiempo. Vaya a la página siguiente para finalizar el cuestionario y enviar sus respuestas. Para obtener más información sobre la shigellosis, visite [www.cdc.gov/shigella/](http://www.cdc.gov/shigella/)

<b>Sección 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE</b>			
<b>1.</b> ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que usted se considera? <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Heterosexual, o sea, ni lesbiana ni gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra respuesta (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Desconocido/no sabe <input type="checkbox"/> Se negó a contestar/prefiere no contestar			
<b>2.</b> Actualmente, ¿se describe usted como hombre, mujer o persona transgénero? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Persona transgénero <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar			
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Prefiere no contestar</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>3.</b> ¿Es sexualmente activo en la actualidad?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>a.</b> 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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>b.</b> Durante los 7 días 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.
			<b>i.</b> ¿De qué género eran sus parejas sexuales? ( <i>seleccione todas las opciones que correspondan</i> ) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ii.</b> Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿tuvo alguna de sus parejas sexuales diarrea o síntomas similares a los suyos?
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.			
<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Prefiere no contestar</b>	<b>iii.</b> Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿qué tipo de contacto sexual tuvo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1.</b> Relaciones sexuales genitales (por ejemplo, el pene dentro de la vagina)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2.</b> Relaciones sexuales anales (por ejemplo, el pene dentro del ano)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>3.</b> Relaciones sexuales orales (por ejemplo, la boca en el pene o la vagina)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>4.</b> Anilingus o “rimming” (o sea, la boca en el ano)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>5.</b> 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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>iv.</b> 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) (especifique): _____
			<b>v.</b> Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿cuántas parejas sexuales tuvo? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1.</b> ¿Fue alguna de estas una pareja nueva?
			<b>a.</b> 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?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Bar, restaurante o club (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ii. Casa de baños (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iii. Tienda de libros (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iv. Gimnasio (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. Parque (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vi. Medios sociales (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vii. Sitios de citas o encuentros (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	viii. Fiesta, conferencia u otro tipo de evento (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ix. Club o fiesta sexual (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x. Otro lugar que no le haya mencionado (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Durante los últimos 12 meses, ¿le dijo algún médico que tenía una infección de transmisión sexual?
			a. ¿Qué infección? ( <i>seleccione todas las opciones que correspondan</i> ) <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Verrugas genitales <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____

**Sección 9: CUESTIONARIO COMPLETADO**

Gracias por completar este cuestionario.

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

Equipo de los CDC