***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 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 elbotón **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/)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Sección 1: INFORMACIÓN DEL CUESTIONARIO*** | |
| 1. ¿Está completando este cuestionario en nombre suyo o de otra persona?    1. Nombre suyo    2. Otra persona 2. ¿Cuál de las opciones describe mejor la relación de la otra persona con usted?    1. Esposo(a)    2. Hijo    3. Otro dependiente    4. 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 con su propia información.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Sección 2: INFORMACIÓN SOBRE EL CASO*** | |
| 1. ¿En qué estado reside usted (o la persona enferma)?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. ¿En qué condado reside usted (o la persona enferma)?:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿Qué edad tiene la persona que se enfermó de shigellosis?:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Años  Meses  Días | |
| 1. ¿Qué sexo se le asignó a usted (o la persona enferma) al nacer?  Femenino  Masculino  Desconocido  Se negó a contestar | |
| 1. ¿Cómo describe su grupo étnico y la raza (o el grupo étnico y la raza de la persona enferma)?  Hispano o Latino  No hispano o Latino | |
| 1. ¿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 | |
| 1. ¿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.   Casa/hogar unifamiliar  Apartamento  Hotel/motel  Establecimiento de cuidados a largo plazo   Hogar de ancianos/residencia de vida asistida  Casa rodante  Refugio  Centro de rehabilitación  Casa de paso intermedio  Desconocido  Otro (especifique):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. 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?  Sí  No   Prefiere no contestar  Desconocido |
| 1. 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?  Sí  No  Prefiere no contestar  Desconocido |
| 1. ¿Cuál es la fuente del agua que abastece su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de la persona enferma)?   Municipal  Pozo  Desconocido  Otra (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿A qué tipo de sistema se conecta el alcantarillado de su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de la persona enferma)?   Municipal  Pozo séptico  Desconocido  Otro tipo (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿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*    1. ¿Alguna de estas personas usa pañales (niños o adultos)?  Sí  No  Prefiere no contestar  Desconocido    2. ¿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* |
| 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. <$20 000  $20 000-$39 999  $40 000-$59 999  $60 000-$79 999  $80 000-99 999  $>100 000 o más  Prefiere no contestar  Desconocido |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sección 4: INFORMACIÓN CLÍNICA*** | | | |
| 1. ¿En qué fecha se comenzó a sentir enfermo usted (o la persona enferma)? \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_   Fecha aproximada  Desconocido | | | |
| 1. ¿En qué fecha dejó de sentirse enfermo usted (o la persona enferma)? \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_   Fecha aproximada  Desconocido  Continúa  Mes / Día / Año   * 1. 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** | 1. ¿Ha tenido usted (o la persona enferma) alguno de los siguientes síntomas? |
|  |  |  | 1. Diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) |
|  | | | * 1. ¿aproximadamente cuántos días ha tenido usted (o la persona enferma) diarrea? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Dolores o calambres abdominales |
|  |  |  | 1. Fiebre |
|  |  |  | 1. Náuseas |
|  |  |  | 1. Vómitos |
|  |  |  | 1. Heces con sangre o diarrea con sangre |
|  |  |  | 1. Convulsiones |
|  |  |  | 1. Dolor muscular o en las articulaciones |
|  |  |  | 1. Tenesmo (o sentir la necesidad de defecar [hacer caca] aun cuando no haya heces en los intestinos) |
|  |  |  | 1. Algún otro síntoma que no le haya mencionado (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sección 5: INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO*** | | | |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** |  |
|  |  |  | 1. Como resultado de su enfermedad (o la persona enferma), ¿buscó atención médica? |
|  | | | 1. ¿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):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Usted (o la persona enferma) pasó alguna noche hospitalizado? |
|  | | | * + 1. ¿Cuántas noches estuvo hospitalizado usted (o la persona enferma)?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *Marque aquí si desconoce el número de noches que estuvo hospitalizado* |
|  |  |  | 1. ¿Usted (o la persona enferma) estuvo internado en la unidad de cuidados intensivos? |
|  |  |  | 1. Además de la infección por *Shigella*, ¿le dijo el médico que usted (o a la persona enferma) tenía alguna otra infección? |
|  | | | * 1. ¿Cuál era el nombre de esa o esas otras infecciones?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Le recetaron a usted (o la persona enferma) algún antibiótico para esta enfermedad? |
|  | | | 1. ¿Cómo se llaman los antibióticos, cuáles son las dosis y cuál la frecuencia?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desconocido |
| 1. ¿En qué fecha comenzó usted (o la persona enferma) a tomar los antibióticos?   \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_  Fecha aproximada  Desconocido  Mes / Día / Año |
| 1. ¿En qué fecha usted (o la persona enferma) dejó de tomar los antibióticos?   \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_  Fecha aproximada  Desconocido  Sigue tomando los antibióticos  Mes / Día / Año |
|  |  |  | 1. En las 24 horas después de tomar los antibióticos, ¿sus síntomas (o los síntomas de la persona enferma)? *(Mejoraron, No cambiaron, Empeoraron, Otra respuesta)*   Mejoraron  No cambiaron  Empeoraron  Otra respuesta (especifique):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sección 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN*** | | | |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** |  |
|  |  |  | 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? |
|  | | | 1. Mencione el nombre de todos los estados, dentro de los EE. UU., a los que usted (o la persona enferma) viajó. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Provea las fechas de viaje dentro de los EE. UU.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   No viajé dentro de los EE. UU. |
| * 1. ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Turismo  Trabajo  Visitar a amigos o parientes  Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿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):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. 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. |
| * 1. Provea las fechas de los viajes internacionales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Turismo  Trabajo  Visitar a amigos o parientes  Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿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) (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. ¿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 (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Durante el último mes, ¿ha tenido usted (o la persona enferma) contacto con alguna persona que haya viajado fuera de los Estados Unidos? |
|  | | | 1. ¿A dónde viajaron esas personas? (especifique):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Estuvieron enfermos con síntomas similares a los suyos (o los síntomas de la persona enferma)? |
|  |  |  | 1. ¿Comió o bebió usted (o la persona enferma) algún alimento o alguna bebida que ellos trajeron del viaje? |
|  | | | * + 1. ¿Qué comió o bebió? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | | 1. 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? |
|  |  |  | 1. Un encuentro religioso (p. ej., en una iglesia, mezquita o sinagoga) (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Campamento (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Conferencia u otro encuentro con muchas personas (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Festival, feria, obra de teatro o concierto (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Fiesta, pícnic o asado (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Práctica deportiva, partido deportivo o clase de gimnasia (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Otro encuentro de personas que no le haya mencionado (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Sí** | **No** | **No**  **sabe** | 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma), usted (o la persona enferma): |
|  |  |  | 1. ¿Tomó agua de una fuente no tratada, como un lago, una laguna o un río? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Comió algún alimento preparado por un amigo, vecino o compañero de trabajo en la casa de esa persona? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Comió algún alimento preparado por un servicio de comidas? (p. ej., comida que se sirvió en una boda o en una conferencia) (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Comió en un restaurante? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Se metió en agua tratada, como en una piscina? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Se metió en agua no tratada, como en un lago, un río o el mar? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. ¿Jugó en alguna fuente de agua interactiva, mesa infantil de agua, piscina para niños o bebés? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | | 1. 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? |
|  |  |  | 1. Un lugar donde se sirven alimentos, como un restaurante o una cafetería (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Un refugio para personas sin hogar (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Un establecimiento de atención médica (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Un hogar de ancianos, un centro de cuidados a largo plazo o una residencia de vida asistida (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. 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)? |
|  |  |  | * 1. ¿Se le diagnosticó a esta persona una infección por *Shigella*? |
|  |  |  | * 1. ¿Era esta persona alguien de su hogar (o del hogar de la persona enferma)?   (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. ¿Usa pañales esta persona? |
|  |  |  | * + 1. ¿Le cambió usted (o la persona enferma) los pañales a esta persona? |
|  |  |  | 1. Mientras usted (o la persona enferma) estaba enfermo con la infección por *Shigella*, ¿hizo usted (o la persona enferma) alguna de las siguientes cosas? |
|  |  |  | * 1. Preparar o manipular alimentos para otras personas (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. Ir a nadar o jugar en una piscina, piscina infantil, fuente de agua interactiva o mesa infantil de agua (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un establecimiento de atención médica   (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un hogar de ancianos, establecimiento de cuidados a largo plazo o residencia de vida asistida (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. Asistir a una escuela o establecimiento de cuidado de niños, o ir a este lugar para visitar, trabajar o ayudar como voluntario (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * 1. 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** |  |
|  |  |  | 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 prescolar, o fue a alguno para visitar, trabajar o ayudar como voluntario? |
|  | | | 1. ¿Cómo se llama el establecimiento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. 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? |
|  |  |  | 1. ¿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 prescolar? |
|  |  |  | 1. ¿Se le excluyó a usted (o la persona enferma) de este establecimiento mientras estaba enfermo? |
|  | | | * + 1. ¿Cuántos días se le excluyó a usted (o la persona enferma)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + 1. 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 (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. 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? |
|  | | | * + - * 1. ¿Cuál es el nombre de la escuela? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * + - * 1. ¿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? |
|  |  |  | * + - * 1. ¿Usó usted (o la persona enferma) el bus escolar u otro transporte escolar para ir y volver de la escuela? |
|  |  |  | * + - * 1. ¿Se lo excluyó a usted (o la persona enferma) de la escuela mientras estaba enfermo? |
|  | | | * + 1. ¿Cuántos días se le excluyó a usted (o la persona enferma)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. 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)*   Niñera  En el hogar  Se cuidó a sí mismo  Desconocido  Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**[*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 shigellosis 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/))

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Sección 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE*** | | | |
| 1. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que usted se considera?   Lesbiana o gay  Heterosexual, o sea, ni lesbiana ni gay  Bisexual  Otra respuesta (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desconocido/no sabe  Se negó a contestar/prefiere no contestar | | | |
| 1. Actualmente, ¿se describe usted como hombre, mujer o persona transgénero?   Hombre  Mujer  Persona transgénero  Ninguna de estas opciones  Prefiere no contestar | | | |
| **Sí** | **No** | **Prefiere no contestar** |  |
|  |  |  | 1. ¿Es sexualmente activo en la actualidad? |
|  |  |  | * 1. 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. |
|  |  |  | 1. 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. |
|  | | | * + 1. ¿De qué género eran sus parejas sexuales? (*seleccione todas las opciones que correspondan*)   Femenino  Masculino  Mujer transgénero  Hombre transgénero  Otro  Desconocido  Prefiere no contestar |
|  |  |  | * + 1. 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. |
| **Sí** | **No** | **Prefiere no contestar** | * + 1. 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) |
|  |  |  | * + - 1. Relaciones sexuales anales (por ejemplo, el pene dentro del ano) |
|  |  |  | * + - 1. Relaciones sexuales orales (por ejemplo, la boca en el pene o la vagina) |
|  |  |  | * + - 1. Anilingus o *“*rimming*”* (o sea, la boca en el ano) |
|  |  |  | * + - 1. 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) |
|  |  |  | * + 1. 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):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | | | * + 1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿cuántas parejas sexuales tuvo? (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | * + - 1. ¿Fue alguna de estas una pareja nueva? |
|  | | | * + - * 1. 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? |
|  |  |  | Bar, restaurante o club (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Casa de baños (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Tienda de libros (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Gimnasio (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Parque (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Medios sociales (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Sitios de citas o encuentros (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Fiesta, conferencia u otro tipo de evento (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Club o fiesta sexual (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Otro lugar que no le haya mencionado (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 1. Durante los últimos 12 meses, ¿le dijo algún médico que tenía una infección de transmisión sexual? |
|  | | | 1. ¿Qué infección? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*   Clamidia  Gonorrea  Sífilis  Verrugas genitales  Herpes  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 |