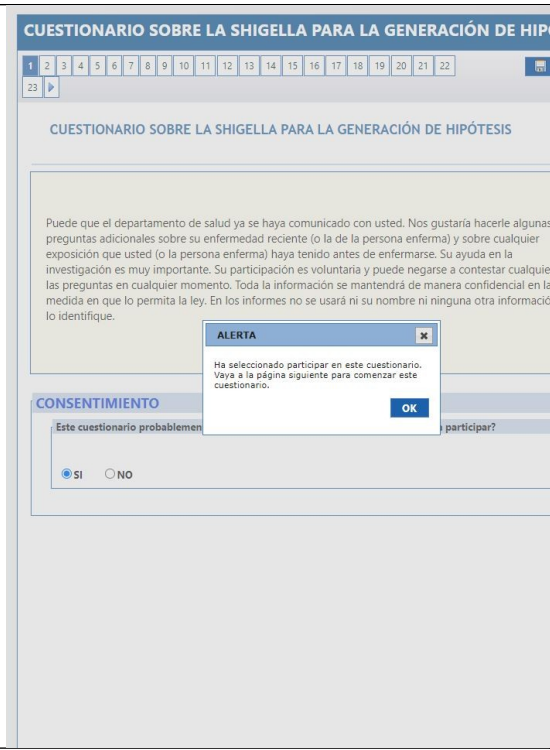


Spanish SHGQ Side-by-Side Comparison by Modes, August 24, 2022

Description of Change or Modification	Interviewer-administered form (Proposed changes in track-changes format)	Self-administered web form (New mode of information collected)
<p>INTRODUCCIÓN</p> <p>Non-substantive differences in wording due to differences in mode of administration</p> <p>Allow respondent to provide information on behalf of their spouse or child</p>	<p>Hola. Mi nombre es <nombre del entrevistador>. Soy del <nombre del departamento de salud del entrevistador>. Lo estamos contactando porque usted (o la de la persona enferma) estuvo enfermo recientemente con una infección por <i>Shigella</i>, también llamada shigellosis. <i>Shigella</i> son un grupo de bacterias que causan enfermedades diarreicas. Estamos tratando determinar cómo usted (o la de la persona enferma) contrajo una infección por <i>Shigella</i>. La enfermen se otros que prevenir a ayudará también cuestionario este en recopilamos que información.</p>	

<p>CONSENTIR</p> <p>Non-substantive differences in wording due to differences in mode of administration</p> <p>Allow respondent to provide information on behalf of their spouse or child</p>	<p>Puede que el departamento de salud ya se haya comunicado con usted. Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre su enfermedad reciente (o la de la persona enferma) y sobre cualquier exposición que usted (o la de la persona enfermea) 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.</p> <p>Este no probablemente cuestionario le tome minutos de 45 más. ¿Está dispuesto a participar?</p> <p><i>Si la respuesta es “sí”:</i> Gracias. [Pase a la sección 2].</p> <p><i>Si la respuesta es “no”:</i> Gracias por su tiempo. ¿Desea recibir algún material adicional sobre la <i>Shigella</i>, o puedo contestarle alguna pregunta? Si en algún momento desea completar el cuestionario, por favor llame a <número de teléfono del departamento de salud>.</p>
---	---



SECCIÓN 1.
INFORMACIÓN
DEL
CUESTIONARIO

Non-substantive
differences in
wording due to
differences in
mode of
administration
and Spanish
translation

Sección 1: INFORMACIÓN DEL CUESTIONARIO

1. Núm. de ID en PulseNet: _____	2. Núm. de ID de la WGS: _____
3. Información del encuestador Nombre: _____ Agencia u organización: _____	
4. Estado que notifica: _____	5. Condado que notifica: _____
6. Idioma en el que se hizo el cuestionario : <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
7. El encuestado era: <input type="checkbox"/> El caso <input type="checkbox"/> El padre o la madre <input type="checkbox"/> El cónyuge <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	

CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERAL

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

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?

Espos(a) Hijo Otro dependiente Otro

i. (especifique): _____

SECCIÓN 2.
INFORMACIÓN
SOBRE EL CASO

Non-substantive
differences in
wording due to
differences in
mode of
administration

Allow respondent
to provide
information on
behalf of their
spouse or child

Las primeras preguntas son sobre información demográfica básica para poder saber más sobre usted (o la de la persona enferma).

Sección 2: INFORMACIÓN SOBRE EL CASO	
1. Estado (de residencia): _____	2. Condado (de residencia): _____
3. Edad (del caso): _____ <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días	
4. ¿Qué sexo se le asignó a usted (o la de la persona enferma) al nacer? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Se negó a contestar	
¿Cómo describe su grupo étnico y la raza (o el grupo étnico y la raza de la persona enferma)?	
6. Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	
7. Raza (<i>seleccione todas las opciones que correspondan</i>) <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	
8. Si el caso tiene 14 años de edad o más, ¿cuál es su ocupación actual (la ocupación actual de la persona enferma)? _____	

CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN

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

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

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

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

SECCIÓN 3.
INFORMACIÓN
SOBRE EL CASO

Allow respondent to provide information on behalf of their spouse or child

Non-substantive differences in wording due to differences in mode of administration and Spanish translation

Ahora me gustaría saber un poco sobre su hogar.

Sección 3: INFORMACIÓN SOBRE EL CASO

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): _____
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? Sí No
 Prefiere no contestar 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? Sí No Prefiere no contestar Desconocido
4. ¿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): _____
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)?
 Municipal Pozo séptico Desconocido 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)? _____ Desconocido
 a. ¿Alguna de estas personas usa pañales (niños o adultos)? Sí No contestar no Prefiere Desconocido
 b. ¿Cuántas de las personas que viven en su hogar son menores de 5 años? _____ Desconocido
7. El año pasado, ¿cuáles fueron los ingresos de su hogar (o)enferma de la persona hogar del ingresos los, 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 hogar.
 <\$20 000 \$20 000-\$39 999 \$40 000-\$59 999 \$60 000-\$79 999 \$80 000-99 999 \$100 000 omás
 Prefiere no contestar Desconocido

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL HOGAR

1. ¿Cómo describiría, de la manera más aproximada, el tipo de vivienda (o la persona enferma) vive actualmente? Por ejemplo, casa, apartamento, casa rodante.
 Casa/hogar unifamiliar Apartamento
 Hotel/motel Establecimiento
 Hogar de ancianos/residencia de vida asistida Casa rodante
 Refugio Centro de rehabilitación
 Casa de paso intermedio Desconocido
 Otro (especifique): _____
2. Durante los últimos 30 días, ¿usted (o la persona enferma) compartió la noche con amigos, familiares o con alguien que no conocía muy bien un lugar habitual donde pasar la noche?
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?
4. ¿Cuál es la fuente del agua que abastece su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de la persona enferma)?
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)?
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 su hogar.
 a. ¿Alguna de estas personas usa pañales (niños o adultos)? Sí No contestar no Prefiere Desconocido
 b. ¿Cuántas de las personas que viven en su hogar (o el hogar de la persona enferma) son menores de 5 años? _____ Desconocido
 Marque aquí si desconoce el número de personas que viven en su hogar.
7. El año pasado, ¿cuáles fueron los ingresos de su hogar (o los ingresos 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.

SECCIÓN 4.
INFORMACIÓN
CLÍNICA

Non-substantive differences in wording due to differences in mode of administration and Spanish translation

Allow respondent to provide information on behalf of their spouse or child

A continuación, tengo algunas preguntas sobre la enfermedad que usted (o la persona enferma) tuvo recientemente. Quizás le sea útil tener un calendario delante suyo porque le haré preguntas acerca de las fechas en que comenzaron y desaparecieron sus síntomas (los síntomas de la persona enferma). ¿Necesita tiempo para buscarlo?

Sección 4: INFORMACIÓN CLÍNICA

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

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

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. Si la respuesta a la pregunta 3a es "sí", ¿aproximadamente cuántos días ha tenido usted (o la persona enferma) diarrea? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dolor 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): _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GEN...

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

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN CLÍNICA

1. ¿En qué fecha se comenzó a sentir enfermo usted (o la persona enferma)? 08/01/2022

2. ¿En qué fecha dejó de sentirse enfermo usted (o la persona enferma)? 08/03/2022
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

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:

SECCIÓN 5:
INFORMACIÓN DE
ATENCIÓN
MÉDICA Y
TRATAMIENTO

Non-substantive
differences in
wording due to
differences in
mode of
administration
and Spanish
translation

Allow respondent
to provide
information on
behalf of their
spouse or child

La siguiente serie de preguntas es sobre la atención médica y el tratamiento que usted (su hijo) haya recibido recientemente.

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?
<p>a. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", ¿Dónde buscó atención médica used (o la persona)enferma? (seleccione todas las opciones que correspondan)</p> <p><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): _____</p>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", ¿Used (o la persona) enfermapasó alguna noche hospitalizado?
<p>i. Si la respuesta a la pregunta 1b es "sí", ¿C uántasnoches estuvo hospitalizado (o la persona)enferma? _____</p>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", ¿Used (o la persona) enfermaestuvo 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 used (o la persona) enfermatenia alguna otra infección?
<p>a. Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", ¿C uál era el nombre de esa o esas otras infecciones? _____</p>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Le recetaron a usted (o la persona enferma) algún antibiótico para esta enfermedad? De ser así, le haré más preguntas sobre los antibióticos; quizás sea útil buscar los frascos de las pastillas o los paquetes si los tiene.
<p>a. Si la respuesta a la pregunta 3 es "sí", ¿C ómose llaman los antibióticos? ¿cuáles son las dosis y cuál la frecuencia? _____</p>			
<p>b. Si la respuesta a la pregunta 3 es "sí", ¿En qué fecha comenzó usted) enferma (o la persona a tomar los antibióticos? _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Fecha aproximada <input type="checkbox"/> Desconocido Mes / Día / Año</p>			
<p>c. Si la respuesta a la pregunta 3 es "sí", ¿En qué fecha)enferma (o la persona usted dejó de tomar los antibióticos? _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Fecha aproximada <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/></p>			

CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACION

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

				Sigue tomando los antibióticos Mes / Día / Año
				d. Si la respuesta a la pregunta 3 es "sí", En las 24 horas después de tomar los antibióticos, ¿sus síntomas (o)enferma de la persona ntomasís los...? <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

Non-substantive differences in wording due to differences in mode of administration and Spanish translation

Allow respondent to provide information on behalf of their spouse or child

Ahora quisiera preguntarle acerca de las actividades recientes que hizo usted (o la persona enferma), como viajar, ir a eventos, y sobre el contacto que tuvo con otras personas.

Sección 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN

Sí	No	No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Durante los <u>7 días anteriores</u> al comienzo de su enfermedad (o la enferma), ¿estuvo)enferma (o la persona usted algún tiempo fuera del estado en el que vive?
			a. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", Mencione el nombre de todos los estados, dentro de los EE. UU., a los que)enferma (o la persona usted viajó. _____
			i. Provea las fechas de viaje dentro de los EE. UU.: _____
			ii. ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Visitar a amigos o parientes <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
			iii. ¿Dónde se quedó)enferma (o la persona usted cuando estuvo de viaje dentro de los EE. UU.? (seleccione todas las opciones que correspondan) <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): _____
			iv. ¿Qué actividades usted)enferma (o la persona hizo cuando estuvo de viaje dentro de los EE. UU.? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Comprar o comer alimentos <input type="checkbox"/> Actividades en el agua <input type="checkbox"/>

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 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): _____

			<p>Ir a un encuentro de personas <input type="checkbox"/> Tomar agua no tratada <input type="checkbox"/> Otra actividad (especifique): _____</p>
			<p>b. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", Dígame el nombre de todos los países a los que)enferma (o la persona usted viajó fuera de los EE. UU.: _____</p>
			<p>i. Provea las fechas de los viajes internacionales: _____</p>
			<p>ii. ¿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): _____</p>
			<p>iii. ¿Dónde se quedó usted) enferma (o la persona 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): _____</p>
			<p>iv. ¿Qué actividades hizo usted) enferma (o la persona 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): _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2. Durante el <u>último mes</u>, ¿ha tenido usted (o la persona enferma) contacto con alguna persona que haya viajado fuera de los Estados Unidos?</p>
			<p>a. Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", ¿A dónde viajaron estas personas? (especifique): _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>b. Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", ¿E stuvieron enfermos con síntomas similares a los suyos (los síntomas de la persona enferma)?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>c. Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", ¿C omió bebió (o la persona enferma) algún alimento o alguna bebida que ellos trajeron del viaje?</p>
			<p>i. Si la respuesta a la pregunta 2c es "sí", ¿Q ué comió o bebió? (especifique): _____</p>
			<p>3. Durante los <u>7 días anteriores</u> al comienzo de su enfermedad (o de la</p>

			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"/>	a. Un encuentro religioso (p. ej., en una iglesia, mezquita o sinagoga) (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Campamento (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Conferencia u otro encuentro con muchas personas (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Festival, feria, obra de teatro o concierto (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Fiesta, pícnic o asado (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Práctica deportiva, partido deportivo o clase de gimnasia (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Otro encuentro de personas que no le haya mencionado (especifique): _____
Sí	No	No sabe	4. Durante los <u>7 días anteriores</u> al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma), usted (o la persona enferma):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. ¿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. ¿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"/>	c. ¿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"/>	d. ¿Comió en un restaurante? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. ¿Se metió en agua tratada, como en una piscina? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. ¿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"/>	g. ¿Jugó en alguna fuente de agua interactiva, mesa infantil de agua, piscina para niños o bebés? (especifique): _____
			5. Durante los <u>7 días anteriores</u> 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"/>	a. Un lugar donde se sirven alimentos, como un restaurante o una cafetería (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Un refugio para personas sin hogar (especifique): _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Un establecimiento de atención médica (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. 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"/>	6. Durante los <u>7 días anteriores</u> 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"/>	a. Si la respuesta a la pregunta 6 es "sí", ¿Se le diagnosticó a esta persona una infección por <i>Shigella</i> ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si la respuesta a la pregunta 6 es "sí", ¿Era esta persona alguien de su hogar (o del hogar de la persona enferma)? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Si la respuesta a la pregunta 6 es "sí", ¿U sapañales esta persona?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Si la respuesta a la pregunta 6 es "sí", ¿Le cambió usted (o la persona enferma) los pañales a esta persona?
			7. 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"/>	a. Preparar o manipular alimentos para otras personas (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	c. Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un establecimiento de atención médica (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. 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"/>	e. 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"/>	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 (especifique): _____

SECCIÓN 7.
INFORMACIÓN DE
LA ESCUELA O
ESTABLECIMIENTO
DE CUIDADO DE
NIÑOS

Non-substantive
differences in
wording due to
differences in
mode of
administration
and Spanish
translation

Allow respondent
to provide
information on
behalf of their
spouse or child

Ya casi terminamos. Tengo algunas preguntas sobre su asistencia reciente (o la persona enferma) a una escuela o establecimiento de cuidado de niños.

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"/>	1. Durante los <u>7 días anteriores</u> 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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", ¿cómo se llama el establecimiento? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", 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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", ¿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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", ¿se le excluyó a usted (o la persona enferma) de este establecimiento mientras estaba enfermo?
			i. Si la respuesta a la pregunta 1d es "sí", ¿cuántos días se lo excluyó a usted (o la persona enferma) de este establecimiento mientras estaba enfermo? _____
			ii. Si la respuesta a la pregunta 1d es "sí" y el caso tiene 18 años o menos, durante el tiempo que se lo excluyó de la guardería, ¿en dónde le brindaron cuidados alternativos o quién lo cuidó? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Niñera <input type="checkbox"/> En la casa <input type="checkbox"/> Otro centro de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro lugar (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Durante los <u>7 días anteriores</u> al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma), ¿asistió usted (su hijo) 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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", ¿cuáles el nombre de la escuela? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", ¿había en esta escuela otros

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE LA ESCUELA O ESTABLECIMIENTO

1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (o de la persona enferma) a un establecimiento de cuidado de niños, guardería o preescolar, ¿visitó, trabajó o ayudó 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) de este establecimiento mientras estaba enfermo? _____

ii. Si el caso tiene 18 años de edad o menos, durante el tiempo que se lo 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

				niños o adultos enfermos con diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) o síntomas similares a los suyos (o enferma de la persona síntomas los) antes de que se enfermara?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", ¿U s óusted (o la persona enferma) el bus escolar u otro transporte escolar para ir y volver de la escuela?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", ¿Se lo excluyó a usted (o la persona enferma) de la escuela mientras estaba enfermo?	
				i. Si la respuesta a la pregunta 2d es "sí", ¿C uántos días se lo excluyó a)enferma (o la persona usted? _____	
				ii. Si la respuesta a la pregunta 2d es "sí" y el caso tiene 18 años o menos, durante el tiempo que se excluyó a su hijo de la escuela, ¿dónde se le brindaron cuidados alternativos o quién lo cuidó? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Niñera <input type="checkbox"/> En el hogar <input type="checkbox"/> Se cuidó a sí mismo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro lugar (especifique): _____	

CONSENTIR:
ACTIVIDAD
SEXUAL RECIENTE

Non-substantive
differences in
wording due to
differences in
mode of
administration
and Spanish
translation

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

Por último, me 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 le mencioné antes, 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”: Gracias. [Comience con la sección 8].

Si la respuesta es “no”: Está bien. Apreciamos la información que nos ha dado.
 Se negó a contestar/Prefiere no completar [Salte a la sección 9 para terminar el cuestionario].

CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GEN

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

SECCIÓN 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE

Por último, nos gustaría preguntarle sobre su actividad sexual reciente que 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
[preguntar solo si
tiene 18 años o
más]

Non-substantive
differences in
wording due to
differences in
mode of
administration

The answer choice
of “Don’t know”
for these
questions was
replaced with
“Prefer not to
answer” to more
appropriately
reflect answering
sensitive
questions

Sección 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE [preguntar solo si tiene 18 años o más]

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

2. Actualmente, ¿se describe usted como hombre, mujer o persona transgénero?
 Hombre Mujer Persona transgénero Ninguna de estas opciones Se negó a contestar/Prefiere no contestar

Sí	No	Prefiere no contestar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Es sexualmente activo en la actualidad? (Si la respuesta es “no”, salte a la pregunta 4).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Si la respuesta a la pregunta 3 es “sí”, ¿Desde cuándo 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. Si la respuesta a la pregunta 3 es “sí”, 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.
			i. Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”, ¿De qué género eran sus parejas sexuales? (seleccione todas las opciones que correspondan) <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"/>	ii. Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”, Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿tuvo alguna de sus parejas sexuales diarrea o síntomas similares a los suyos?
			Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”, lea la indicación. Para las siguientes preguntas voy a ser más explícito sobre el tipo de relación sexual que tuvo la semana anterior a que comenzara su enfermedad. Esto me ayudará a entender mejor cómo se pudo haber enfermado.
			iii. 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"/>	1. Relaciones sexuales genitales (por ejemplo, el pene

SECCIÓN 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE

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

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

3. ¿Es sexualmente activo en la actualidad?

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 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.
 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

			dentro de la vagina)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Relaciones sexuales anales (por ejemplo, el pene dentro del ano)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Relaciones sexuales orales (por ejemplo, la boca en el pene o la vagina)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Anilingus o "rimming" (o sea, la boca en el ano)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iv. Si la respuesta a la pregunta 3b es "sí", Durante los <u>7 días anteriores</u> al comienzo de su enfermedad, ¿consumió drogas o alcohol durante o inmediatamente antes de tener relaciones sexuales? Algunos ejemplos incluyen alcohol, Viagra, metanfetamina (<i>meth</i>), GHB (éxtasis líquido), cocaína o inhalantes (<i>poppers</i>) (especifique): _____
			v. Durante los <u>7 días anteriores</u> al comienzo de su enfermedad, ¿cuántas parejas sexuales tuvo? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Si la respuesta a la pregunta 3bv es "sí", ¿Fue alguna de estas una pareja nueva?
			a. Si la respuesta a la pregunta 3bv1 es "sí", Durante los <u>7 días anteriores</u> 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): _____	
	Sí	No	No sabe		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Durante los <u>últimos 12 meses</u> , ¿le dijo algún médico que tenía una infección de transmisión sexual?	
				a. Si la respuesta a la pregunta 4 es "sí", ¿qué infección? (seleccione todas las opciones que correspondan) <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. CIERRE Non-substantive differences in wording due to differences in mode of administration	Sección 9: CIERRE				CUESTIONARIO COMPLETADO
	Aquí termina el cuestionario. Muchas gracias por su tiempo. ¿Desea recibir algún material adicional sobre la <i>Shigella</i> , o puedo contestarle alguna pregunta?				Gracias por completar este cuestionario.
	Gracias por su tiempo. Que tenga un buen día.				¡Haga clic en el botón <i>Enviar Cuestionario</i> para enviar respuestas!
	[Termine el cuestionario].				Equipo de los CDC