**Instrucciones para el envío:**

Los CDC solicitan que los formularios que se hayan completado se envíen de forma continua. Suba los formularios completos a la carpeta SecureFile por medio de uno de los siguientes métodos:

1. Copia escaneada o electrónica del formulario completo.
2. Archivo CSV exportado desde la base de datos REDCap (si usa la estructura de datos REDCap de los CDC en una instancia de REDCap estatal o local).

Si tiene preguntas sobre las instrucciones para completar o enviar el formulario, escriba a ncirddvdgast@cdc.gov

**Guion sugerido:**

Muchas gracias por aceptar hablar con nosotros. Nuevamente, soy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y estoy trabajando con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Estamos colaborando con los CDC en una investigación sobre niños con hepatitis (inflamación grave del hígado). Esperamos que al hablar con los padres, madres o tutores legales como usted podamos aprender más sobre qué está causando esta enfermedad y podamos mantener a las personas a salvo. Durante esta conversación, que podría durar alrededor de 45 minutos, le pediré más detalles sobre la enfermedad de su hijo/a, su estado general de salud y sus actividades y alimentación hasta el momento en que se enfermó. Le preguntaré sobre las otras personas que viven en su hogar y si han tenido alguna enfermedad alrededor del momento en que su hijo/a se enfermó. ¿Estoy hablando con la persona indicada, que podrá darme este tipo de información? *(Si la respuesta es "No", pregunte quién podría ser la persona más indicada y obtenga su nombre e información de contacto).* Gracias.

Deténgame en cualquier momento durante la entrevista si alguna pregunta no está clara. Me gustaría comenzar con algunas preguntas generales sobre su hijo/a y el hogar.

Índice

[INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA 2](#_Toc107320189)

[DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE 2](#_Toc107320190)

[ESTRUCTURA DEL HOGAR 2](#_Toc107320191)

[INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE 3](#_Toc107320192)

[PREGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS 3](#_Toc107320193)

[ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ANTERIORES DEL PACIENTE 4](#_Toc107320194)

[ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD POR HEPATITIS DEL PACIENTE 5](#_Toc107320195)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ESCUELA / GUARDERÍA / ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES 6](#_Toc107320196)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ENFERMEDADES ENTRE LOS CONTACTOS CERCANOS 7](#_Toc107320197)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: VIAJES 7](#_Toc107320198)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: INSECTOS Y OTROS ANIMALES 8](#_Toc107320199)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: AGUA 9](#_Toc107320200)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ALIMENTOS 9](#_Toc107320201)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: OTRAS EXPOSICIONES AMBIENTALES 10](#_Toc107320202)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: OTRAS 11](#_Toc107320203)

[SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA 11](#_Toc107320204)

|  |
| --- |
| 0BINFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA |
| Fecha de la entrevista (mm/dd/aaaa): \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_Hora de la entrevista: \_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_AM/PM | Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Institución del entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección de correo electrónico del entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Idioma de la entrevista: | ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro, especifique:  |
| ¿Se hizo con un intérprete? | ☐ Sí ☐ No |
| Relación o parentesco de la persona que responde con el caso (si no se está entrevistando al caso):  |

|  |
| --- |
| 1BDATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE |
| Nombre: | Segundo nombre: | Apellido: |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_ |
| ¿Qué sexo se le asignó a su hijo/a al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Se negó a contestar ☐ No sabe |
| ¿Es su hijo/a de origen hispano o latino, o español?  | ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino *(pase a la raza)* ☐ No se sabe |
| Si la respuesta es "Sí", ¿cuáles son los países de origen? |  |
| ¿Cuál de las siguientes opciones describe la raza de su hijo/a? *Marque todo lo que corresponda*  | ☐ Indoamericana/nativa de Alaska ☐ Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico☐ Asiática ☐ Blanca☐ Negra/afroamericana ☐ Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: |
| Condado:  | ZIP (código postal): | Teléfono: |

|  |
| --- |
| 2BESTRUCTURA DEL HOGAR |
| Con el paciente incluido, ¿cuántas personas viven en su hogar?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enumere a TODOS los miembros de su hogar*Entrevistador: asegúrese de que el pariente se incluya* ***a sí mismo y al paciente*** *en la cantidad total y en la tabla a continuación.* |
|  | *Relación o parentesco con el niño* | *Edad (años)* | *Ocupación (adultos)\* o nombre de la escuela o guardería que asisten (niños)\*\** |
| **A** |  |  |  |
| **B** |  |  |  |
| **C** |  |  |  |
| **D** |  |  |  |
| **E** |  |  |  |
| **F** |  |  |  |
| **G** |  |  |  |
| **H** |  |  |  |

\*Pregunte sobre acuerdos laborales informales, como guarderías que funcionan en casas. \*\*La ocupación debe reportarse a los CDC, pero no se requiere el nombre de la guardería.

|  |
| --- |
| Mencione a cualquier otra persona que cuide a su hijo/a diario o semanalmente (por ejemplo, abuelos, otros parientes, niñera). ☐ Nadie más ☐ No se sabe |
|  | *Relación o parentesco con el niño* | *Edad (años)* | *Ocupación (adultos) o nombre de la escuela o guardería a la que asiste (niños)* |
| **A** |  |  |  |
| **B** |  |  |  |
| **C** |  |  |  |
| **D** |  |  |  |
| **E** |  |  |  |
| **F** |  |  |  |

|  |
| --- |
| 3BINFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE |
| Me gustaría hacerle algunas preguntas generales sobre el estado de salud de su hijo/a antes de esta enfermedad. |
| ¿Sabe si su hijo/a tiene alergia a algún alimento? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  | Si la respuesta es "Sí", especifique: |
| ¿Alguna vez le diagnosticaron a su hijo/a alguno de los siguientes estados o afecciones crónicos o ha recibido alguno de estos tratamientos? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe *Si la respuesta es "Sí", marque todas las opciones que correspondan* |
| □ Asma o enfermedad reactiva de las vías respiratorias□ Defectos cardiacos congénitos□ Diabetes mellitus (tipo 1 o 2) □ Leucemia/linfoma□ Tratamiento inmunodepresor (esteroides, quimioterapia, etc.);  *especifique:* | □ Otro tipo de cáncer; especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Otro trastorno del desarrollo; especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Nacimiento prematuro (edad gestacional al nacer: \_\_ semanas)□ Convulsiones/trastornos convulsivos □ Anemia de células falciformes □ Otro estado, afección o tratamiento; especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| ¿Su hijo/a toma regularmente medicamentos recetados?  |  ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| Medicamento(s): |

|  |
| --- |
| 4BPREGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS |
| En los 2 meses anteriores al comienzo de la enfermedad de su hijo/a, ¿recibió alguno de estos tratamientos o tomó alguno de estos medicamentos?☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe ***Si la respuesta es "Sí"***, especifique a continuación.*Si el niño nunca tomó el medicamento en ese periodo, marque “Nunca” bajo “Frecuencia”. Si no, indique con qué frecuencia (por ejemplo, “A diario” (1x/día), “Una vez a la semana” (1x/semana), “Una vez al mes” (1x/mes) o “Según la necesidad”)* |
| *Medicamento* | *Fecha en que empezó a tomarlo (mm/aaaa)* | *Frecuencia* | *Duración del uso (días)* | *Marca/producto* | *Razón* |
| Acetaminofeno (como Tylenol) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ 1x/ semana ☐ 1x/ mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Medicamentos para la alergia (como Zyrtec, Claritin, Benadryl) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ 1x/ semana ☐ 1x/ mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Aspirina (como Bayer) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ 1x/ semana ☐ 1x/ mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Jarabe para la tos (como Robitussin) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ 1x/ semana ☐ 1x/ mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Ibuprofeno (como Advil o Motrin) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ 1x/ semana ☐ 1x/ mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Simeticona en gotas (como Mylicon) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ 1x/ semana ☐ 1x/ mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Cualquier otro medicamento de venta sin receta |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ 1x/ semana ☐ 1x/ mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Medicamento o suplemento de hierbas |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ 1x/ semana ☐ 1x/ mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Medicamentos naturistas u homeopáticos (por ejemplo, pulsatilla o belladona) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ 1x/ semana ☐ 1x/ mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Vitaminas |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ 1x/ semana ☐ 1x/ mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
|  |
| ¿Hay alguna posibilidad de que un amigo o familiar le haya dado a su hijo/a algún medicamento o suplemento (sea de hierbas o no), que no se haya incluido en esta lista, en algún momento en los 2 meses anteriores a la enfermedad de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No  |

|  |
| --- |
| 5BANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ANTERIORES DEL PACIENTE |
| ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez COVID-19? ☐ Sí, confirmado ☐ Sí, pero no confirmado con una prueba ☐ No ☐ No se sabe*Enumere todas las veces que su hijo/a haya tenido la infección, conocida o presunta, por el virus que causa el COVID-19.* |
| *¿Confirmado con una prueba? (Sí, de PCR; Sí, rápida de antígenos; Sí, se desconoce el tipo; No)* | *Fecha de comienzo de los síntomas (mm/dd/aaaa)* | *Mayor nivel de atención (en casa, médico de atención primaria, etc.)* | *Estado de los síntomas (con síntomas, sin síntomas)* | *Medicamentos o tratamientos administrados* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Describa cualquier otra enfermedad que su hijo/a haya tenido en los 2 meses anteriores a enfermarse y que haya requerido tratamiento o atención. ☐ Ninguna enfermedad ☐ No se sabe  |
| *Tipo de enfermedad (por ejemplo, influenza —gripe—, virus estomacal) y diagnóstico clínico, si existe* | *Fecha de comienzo de los síntomas (mm/dd/aaaa)* | *Mayor nivel de atención (ninguna, médico de atención primaria, sala de emergencias, hospital)* | *Medicamentos o tratamientos administrados* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Describa las lesiones que hayan sido más graves de lo normal (que hayan requerido puntos o una consulta al médico), en las que la piel se haya abierto, durante los 2 meses anteriores a la enfermedad de su hijo/a. ☐ Ninguna lesión ☐ No se sabe |
| *Lugar en el cuerpo* | *Fecha (mm/dd/aaaa)* | *Elemento que causó la lesión* | *Tratamiento y cualquier reacción inusual* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Su hijo/a se hizo alguna perforación corporal (*piercing*) en los 2 meses anteriores a que comenzara su enfermedad?  ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| *Lugar en el cuerpo* | *Fecha (mm/dd/aaaa)* | *Nombre del establecimiento* |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 6BANTECEDENTES DE ENFERMEDAD POR HEPATITIS DEL PACIENTE |
| ¿Cuándo comenzaron aproximadamente los síntomas de su hijo/a? (mm/dd/aaaa): \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_ |
| Durante la enfermedad de su hijo/a, ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas? *Marque todas las opciones que correspondan* |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a. | Se sintió afiebrado o acalorado | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | h. | Diarrea | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| b. | Temperatura de 100 °F (37.8 °C) o más | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | i. | Náuseas | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| c. | Dolor abdominal | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | j. | Heces claras | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| d. | Conjuntivitis (ojos enrojecidos o irritados) | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | k. | Dolor de garganta  | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| e. | Tos/moqueo | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  | l. | Cansancio/fatiga | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| f. | Orina de color oscuro | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  | m. | Piel y ojos amarillentos | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| g. | Apetito disminuido | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  | n. | Vómitos | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| o. | Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |  |

 |
| ¿Cuál fue el primer síntoma que apareció? |
| ¿Le dio a su hijo/a algún medicamento de venta sin receta o tratamiento casero para esta enfermedad? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| Si la respuesta es "Sí", ¿cuál? *Pregunte sobre remedios de hierbas o de otro tipo.* |
| ¿Dónde buscó atención médica para la enfermedad de su hijo/a? *(Pregunte y marque todas las opciones que correspondan a continuación)* |
| ¿Médico de atención primaria? | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  | Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_ |
| ¿Atención de urgencia? | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  | Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_ |
| ¿Sala de emergencias? | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  | Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_ |
| ¿Otra? (Especifique:) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  | Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_ |
| ¿A su hijo/a le recetaron algún medicamento durante esta atención médica? | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| Si la respuesta es "Sí", ¿qué le recetaron? | * Antibióticos (especifique el nombre):
* Otro (especifique):
 |
| ¿Su hijo/a fue hospitalizado/a debido a esta enfermedad? | ☐ Sí ☐ No |
| Si la respuesta es "Sí", ¿cuál era el nombre del hospital? |  |
| ¿Cuál fue la fecha de la hospitalización? | Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_ |

|  |
| --- |
| 7BEXPOSICIONES DEL PACIENTE: ESCUELA / GUARDERÍA / ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES |
| ¿Asistió su hijo/a en persona a la escuela o la guardería (incluidas las guarderías informales) en el mes anterior a enfermarse de hepatitis?  ☐ Sí ☐ No | Si la respuesta es "Sí", especifique el grado o salón de clases:  |
| Nombre de la escuela/guardería: | Días a la semana: | Horas/día: |
| ¿Cuándo comenzó su hijo/a a asistir a la guardería o la escuela (incluido el periodo anterior a la pandemia de COVID-19)? mm/aaaa \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ ☐ No corresponde |
| ¿Aproximadamente cuántos meses en el 2020 asistió su hijo/a a la escuela o la guardería **en persona**?*Si la respuesta es "Ninguno", marque 0.* |
| ¿Aproximadamente cuántos meses en el 2021 asistió su hijo/a a la escuela o la guardería **en persona**? *Si la respuesta es "Ninguno", marque 0.* |
| ¿Aproximadamente cuántos meses de los últimos 12 meses asistió su hijo/a a la escuela o la guardería **en persona**? *Si la respuesta es "Ninguno", marque 0.* |
| ¿Se notificaron brotes en la escuela o la guardería en los 2 meses anteriores al comienzo de la enfermedad de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  |
| Si la respuesta es Sí, ¿cuál fue la causa del brote? | ¿Cuándo? (mm/aaaa) (enumere los 3 más recientes en orden) | Notas del padre, madre o tutor legal |
| **A** |  |  \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |  |
| **B** |  | \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |  |
| **C** |  | \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |  |
| ¿Participa su hijo/a en actividades deportivas (por ejemplo, fútbol, natación, etc.)? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  |
| Si la respuesta es "Sí", ¿en qué actividades y con qué frecuencia? |
| ¿Participa su hijo en actividades grupales no deportivas (por ejemplo, clases grupales de música, clases de idiomas, etc.)  ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  |
| Si la respuesta es "Sí", ¿en qué actividades y con qué frecuencia? |

|  |
| --- |
| 8BEXPOSICIONES DEL PACIENTE: ENFERMEDADES ENTRE LOS CONTACTOS CERCANOS |
| Proporcione los detalles de cualquier enfermedad o infección que hayan tenido los miembros del hogar u otros contactos cercanos en los 2 meses anteriores al comienzo de la enfermedad de su hijo/a. Entre los contactos cercanos pueden estar los abuelos, los maestros o los niños que juegan con su hijo/a. Si hay varias personas, inclúyalas como un grupo.☐ Ningún contacto enfermo ☐ No se sabe |
| *Relación o parentesco con el niño* | *Tipo de enfermedad (por ejemplo, COVID-19, virus estomacal)* | *Fecha aproximada de comienzo de los síntomas (mm/dd/aaaa)* | *¿Cree que esto estuvo vinculado a la enfermedad de su hijo/a?* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 9BEXPOSICIONES DEL PACIENTE: VIAJES |
| En los 2 meses anteriores a enfermarse, ¿su hijo/a viajó a algún lugar donde pasó al menos una noche fuera del hogar (incluidos los viajes dentro y fuera de los Estados Unidos)? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe  |
| *Fechas (mm/dd/aaaa)* | *Destino* | *Duración (días)* | *¿Algo inusual? (enfermedades, insectos, animales, actividades)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| En los 2 meses anteriores a que su hijo/a se enfermara, ¿algún miembro del hogar hizo algún viaje (a cualquier tipo de destino)? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| *Relación o parentesco con el caso* | *Destino* | *Fechas* | *Duración* | *¿Algo inusual? (Ver más arriba)* |
|  |  |  |  |  |
| *Relación o parentesco con el caso* | *Destino* | *Fechas* | *Duración* | *¿Algo inusual? (Ver más arriba)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 10BEXPOSICIONES DEL PACIENTE: INSECTOS Y OTROS ANIMALES |
| ¿Tenía alguna mascota u otros animales en su casa en el momento en que su hijo/a se enfermó? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe **Si la respuesta es "Sí"**, especifique*.* |
| *Tipo de animal* | *¿El animal vive en la casa?* | *¿El animal duerme con el niño o la niña?* | *¿El animal tuvo alguna enfermedad en ese periodo? Fecha / tipo* |
|  | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |
|  | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |
|  | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |
|  | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |
|  | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |
|  | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |
|  | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |
| En los 2 meses anteriores a que comenzara la enfermedad, ¿tuvo su hijo/a contacto con animales en la casa de amigos o parientes? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| *Tipo de animal* | *¿El animal vive en la casa?* | *¿El animal duerme con el niño o la niña?* | *¿El animal tuvo alguna enfermedad en ese periodo? Fecha / tipo* |
|  | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |
|  | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |
| En los 2 meses anteriores a que se enfermara, ¿tuvo su hijo/a contacto con otros animales domésticos (por ejemplo, en zoológicos donde permiten acariciar a los animales)? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| Si la respuesta es "Sí", escriba la fecha (mes y año) y la ubicación: |
| En los 2 meses anteriores a que comenzara la enfermedad, ¿tuvo su hijo/a contacto con animales silvestres (ciervos, aves, ardillas, víboras o serpientes, etc.? Esto podría incluir picaduras o mordeduras, así como cualquier interacción con las heces de los animales. ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| Si la respuesta es "Sí", describa al animal y el tipo de contacto y escriba la fecha: |
| En los 2 meses anteriores a enfermarse, ¿tuvo su hijo/a alguna picadura de insecto inusual con alguna reacción? Esto podría incluir una cantidad inusual de picaduras al mismo tiempo (por ejemplo, de mosquito) o un insecto con el que su hijo/a no tiene habitualmente contacto (como una garrapata, araña o pulga) o que no se pudo identificar, o una reacción que es inusual para su hijo/a.  ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| Si la respuesta es "Sí", escriba la fecha y describa al insecto, si se lo conoce, así como la reacción: |

|  |
| --- |
| 11BEXPOSICIONES DEL PACIENTE: AGUA |
| ¿Cómo se abastece de agua su casa? ☐ Red municipal (cañerías) ☐ Pozo ☐ Agua transportada ☐ Otro tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cuál es el sistema de eliminación de aguas residuales? ☐ Alcantarillado municipal ☐ Tanque séptico ☐ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Hubo problemas con el agua o el alcantarillado en los 2 meses anteriores a la enfermedad de su hijo/a?  ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe Si la respuesta es "Sí", ¿qué problema?: |
| En los 2 meses anteriores a enfermarse, ¿su hijo/a nadó o jugó en algún cuerpo natural de agua (arroyo, río, océano, lago, etc.)? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe Si la respuesta es "Sí", en cuál cuerpo de agua y cuándo: |

|  |
| --- |
| 12BEXPOSICIONES DEL PACIENTE: ALIMENTOS |
| ¿Tiene su hijo/a una dieta especial o come ciertos tipos de alimentos? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", especifique (por ejemplo, vegetariana, Halal, orgánica, libre de lácteos, libre de gluten, etc.): |
| Si piensa en la dieta de su hijo/a alrededor del momento en que se enfermó, ¿puede identificar con qué frecuencia comió los siguientes tipos de alimentos? |
| *Producto alimenticio* | *Frecuencia del consumo (al menos una vez al día, a la semana, al mes, con menos frecuencia o nunca)* |
| Fórmula infantil; si la respuesta es "Sí", escriba la marca: | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| “Bolsitas” de alimentos para bebés (por ejemplo, de frutas, verduras, avena, yogur); *si la respuesta es "Sí", escriba la(s) marca(s):*  | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Otros alimentos para niños pequeños (por ejemplo, alimentos inflados, como “puffs”) | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Miel | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Quesos blandos (por ejemplo, queso fresco, queso feta, queso con vetas azules) | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Yogur, leche u otros productos lácteos | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Leche u otro producto lácteo no pasteurizado (“crudo”) | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Verduras crudas o sin cocinar | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Frutos del bosque (fresas, frambuesas, arándanos, moras, etc.) frescos o congelados | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Hierbas o germinados frescos | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Hongos enteros o en polvo | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Pescado o mariscos | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Carne roja o de ave | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Té de hierbas | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Agua embotellada. *Pregunte específicamente sobre el agua alcalina embotellada de marca “Real Water”*  | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Alimentos traídos de otro país; si la respuesta es "Sí", especifique: | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Otro producto alimenticio importante que no se haya mencionado más arriba. Si la respuesta es "Sí", especifique: | ☐ A diario ☐ Cada semana ☐ Cada mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |

|  |
| --- |
| ¿Tuvo su hijo/a algún cambio notable en su dieta en el mes anterior a que comenzara la enfermedad? (Por ejemplo, comenzó a comer nuevos alimentos, cambió de marca del alimento que más come) ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabeSi la respuesta es "Sí", especifique: |
| ¿Comió su hijo/a alimentos nuevos o inusuales en el mes anterior a que comenzara su enfermedad, incluidos los chocolates estacionales (*pregunte específicamente sobre los productos de chocolate Kinder* ), los alimentos recolectados en áreas silvestres (frutos del bosque, hongos), té de hierbas o hierbas en polvo, o productos lácteos no pasteurizados? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe Si la respuesta es "Sí", describa el producto y escriba la fecha: |
| En el mes anterior a que comenzara la enfermedad, ¿comió su hijo/a algún alimento que tenía moho o estaba rancio (se puede incluir nueces, maíz, arroz, harina, granos, panes y quesos)? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe Si la respuesta es "Sí", describa el producto y escriba la fecha: |

|  |
| --- |
| 13BEXPOSICIONES DEL PACIENTE: OTRAS EXPOSICIONES AMBIENTALES |
| ¿Comenzó su hijo/a u otra persona en su hogar a usar algún nuevo producto de higiene personal (por ejemplo, jabón, loción) en los 2 meses anteriores a que comenzara la enfermedad de su hijo/a? ☐ Sí ☐ No ☐ No hay certeza Si la respuesta es "Sí", especifique: |
| ¿Ingirió su hijo/a alguna vez desinfectante de manos a base de alcohol antes de enfermarse? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe Si la respuesta es "Sí", especifique la fecha y lo que pasó: |

|  |
| --- |
| 14BEXPOSICIONES DEL PACIENTE: OTRAS  |
| ¿Qué cree que causó la hepatitis de su hijo/a? ¿Hay otros eventos, interacciones o experiencias de los últimos meses antes de la enfermedad de su hijo/a que no se hayan abordado hasta el momento y que podrían ser importantes? Esto puede incluir fiestas, funciones, excursiones por el día o cualquier tipo de juguetes (como plastilina o arcilla moldeable). Si la respuesta es "Sí", describa: |

|  |
| --- |
| 15BSITUACIÓN SOCIOECONÓMICA |
| ¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo/a en la actualidad? | ☐ Privado (p. ej., HMO, PPO, plan de atención médica administrada)             ☐ Medicaid/programa estatal de asistencia  ☐ No tiene seguro☐ No se sabe☐ Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| ¿Cuál es el nivel de estudios o grado escolar más alto que han alcanzado los padres o tutores legales del niño o la niña? | ☐ Sin escuela secundaria superior ☐ Algún nivel de escuela secundaria superior ☐ Graduado de la escuela secundaria superior/GED ☐ Escuela técnica ☐ Algún nivel universitario☐ Título universitario☐ Posgrado/profesional☐ No se sabe/se negó a contestar |
| [*Nombre del participante*]: en su hogar, ¿cuál fue el nivel de ingresos en el último año calendario, de todas las fuentes, incluido el seguro social y las pensiones, antes de que le descontaran los impuestos? [Lea las opciones] | ☐ Menos de $25 000 ☐ $75 000 o más☐ De $25 000 a <$50 000 ☐ No se sabe/se negó a contestar☐ De $50 000 a <$75 000  |

*MLS - 332350*