

Attachment D. Hepatitis pediátrica de etiología desconocida - Cuestionario sobre exposiciones (entrevista a los padres)

Formulario aprobado
Núm. de OMB 0920-0879
Fecha venc.: 31 agosto 2026

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

Versión del 8 de diciembre del 2023

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
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE.....	2
ESTRUCTURA DEL HOGAR.....	2
INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE.....	3
PREGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS.....	3
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ANTERIORES DEL PACIENTE.....	4
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD POR HEPATITIS DEL PACIENTE.....	5
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ESCUELA / GUARDERÍA / ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES.....	6
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ENFERMEDADES ENTRE LOS CONTACTOS CERCANOS.....	7
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: VIAJES.....	7
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: INSECTOS Y OTROS ANIMALES.....	8
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: AGUA.....	9
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ALIMENTOS.....	9
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: OTRAS EXPOSICIONES AMBIENTALES.....	10
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: OTRAS.....	11
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA.....	11

Se estima que la carga del público para reportar esta recolección de información promedia los 45 minutos por respuesta; esto incluye el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que el formulario tenga un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0879)

CUESTIONARIO SOBRE EXPOSICIONES RELACIONADAS CON LA HEPATITIS PEDIÁTRICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (ENTREVISTA A LOS PADRES)

El texto con fondo amarillo no debe enviarse a los CDC

Versión del 16 de junio del 2022

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA

Fecha de la entrevista (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / ____	Nombre del entrevistador: _____
Hora de la entrevista: ____:____ AM/PM	Institución del entrevistador: _____
Idioma de la entrevista:	Dirección de correo electrónico del entrevistador: _____
¿Se hizo con un intérprete?	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro, especifique:
	☐ Sí ☐ No
Relación o parentesco de la persona que responde con el caso (si no se está entrevistando al caso):	

DATOS 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 (<i>pase a la raza</i>) ☐ 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? <i>Marque todo lo que corresponda</i>	☐ 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:

ESTRUCTURA 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.

CUESTIONARIO SOBRE EXPOSICIONES RELACIONADAS CON LA HEPATITIS PEDIÁTRICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (ENTREVISTA A LOS PADRES)

El texto con fondo amarillo no debe enviarse a los CDC

Versión del 16 de junio del 2022

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

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			

INFORMACIÓN 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 crónicas 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

☐ Otro tipo de cáncer; especifique: _____

☐ Defectos cardíacos congénitos

☐ Otro trastorno del desarrollo; especifique: _____

☐ Diabetes mellitus (tipo 1 o 2)

☐ Nacimiento prematuro (edad gestacional al nacer: __ semanas)

☐ Leucemia/linfoma

☐ Convulsiones/trastornos convulsivos

☐ Tratamiento inmunodepresor (esteroides, quimioterapia, etc.);

☐ Anemia de células falciformes

especifique:

☐ Otro estado, afección o tratamiento; especifique _____

¿Su hijo/a toma regularmente medicamentos recetados?

☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

Medicamento(s):

PREGUNTAS 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			

CUESTIONARIO SOBRE EXPOSICIONES RELACIONADAS CON LA HEPATITIS PEDIÁTRICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (ENTREVISTA A LOS PADRES)

El texto con fondo amarillo no debe enviarse a los CDC

Versión del 16 de junio del 2022

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

		☐ 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

ANTECEDENTES 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)	Fecha de comienzo de los síntomas	Mayor nivel de atención (ninguna, médico de atención primaria, sala

CUESTIONARIO SOBRE EXPOSICIONES RELACIONADAS CON LA HEPATITIS PEDIÁTRICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (ENTREVISTA A LOS PADRES)

El texto con fondo amarillo no debe enviarse a los CDC

Versión del 16 de junio del 2022

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

y diagnóstico clínico, si existe	(mm/dd/aaaa)	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

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

CUESTIONARIO SOBRE EXPOSICIONES RELACIONADAS CON LA HEPATITIS PEDIÁTRICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (ENTREVISTA A LOS PADRES)

El texto con fondo amarillo no debe enviarse a los CDC

Versión del 16 de junio del 2022

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

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): ____ / ____ / ____

EXPOSICIONES 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?		Si la respuesta es "Sí", especifique el grado o salón de clases:
☐ Sí ☐ No		
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

CUESTIONARIO SOBRE EXPOSICIONES RELACIONADAS CON LA HEPATITIS PEDIÁTRICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (ENTREVISTA A LOS PADRES)

El texto con fondo amarillo no debe enviarse a los CDC

Versión del 16 de junio del 2022

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

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?

EXPOSICIONES 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?

EXPOSICIONES 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)

CUESTIONARIO SOBRE EXPOSICIONES RELACIONADAS CON LA HEPATITIS PEDIÁTRICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (ENTREVISTA A LOS PADRES)

El texto con fondo amarillo no debe enviarse a los CDC

Versión del 16 de junio del 2022

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

Relación o parentesco con el caso	Destino	Fechas	Duración	¿Algo inusual? (Ver más arriba)

EXPOSICIONES 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:

CUESTIONARIO SOBRE EXPOSICIONES RELACIONADAS CON LA HEPATITIS PEDIÁTRICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (ENTREVISTA A LOS PADRES)

El texto con fondo amarillo no debe enviarse a los CDC

Versión del 16 de junio del 2022

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

EXPOSICIONES 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:

EXPOSICIONES 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

CUESTIONARIO SOBRE EXPOSICIONES RELACIONADAS CON LA HEPATITIS PEDIÁTRICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (ENTREVISTA A LOS PADRES)

El texto con fondo amarillo no debe enviarse a los CDC

Versión del 16 de junio del 2022

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

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 sabe

Si 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:

EXPOSICIONES 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:

EXPOSICIONES 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:

CUESTIONARIO SOBRE EXPOSICIONES RELACIONADAS CON LA HEPATITIS PEDIÁTRICA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (ENTREVISTA A LOS PADRES)

El texto con fondo amarillo no debe enviarse a los CDC

Versión del 16 de junio del 2022

IDENTIFICACIÓN (ID) DEL CASO: _____

SITUACIÓN 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