**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 ShareFile 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 relacionadas con 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). El doctor/la doctora [insertar el nombre del médico y el hospital] nos dio su nombre y entendemos que su hijo/a **no** tiene hepatitis. Como parte de esta investigación estamos recolectando información de los niños que tuvieron hepatitis y de los que no la tienen, como su hijo/a. Tener un grupo de comparación de niños que no tienen hepatitis nos ayudará a informarnos más sobre qué podría estar causando que los niños con hepatitis se enfermen. Durante esta conversación, que podría durar alrededor de 45 minutos, le pediré más detalles sobre el estado general de salud de su hijo/a, y sus actividades y alimentación hasta el momento en que recientemente buscó atención médica. También le preguntaré sobre las otras personas que viven en su hogar y si han tenido alguna enfermedad recientemente. ¿Estoy hablando con la persona indicada, que podrá darme este tipo de información? *(Si la respuesta es "No", pregunte quién podría ser una 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](#_Toc112248425)

[DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE 2](#_Toc112248426)

[ESTRUCTURA DEL HOGAR 2](#_Toc112248427)

[INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE 3](#_Toc112248428)

[PREGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS 4](#_Toc112248429)

[ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL PACIENTE 5](#_Toc112248430)

[ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE 6](#_Toc112248431)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ESCUELA / GUARDERÍA / ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES 8](#_Toc112248432)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ENFERMEDADES ENTRE LOS CONTACTOS CERCANOS 8](#_Toc112248433)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: VIAJES 9](#_Toc112248434)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: INSECTOS Y OTROS ANIMALES 9](#_Toc112248435)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: AGUA 11](#_Toc112248436)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ALIMENTOS 11](#_Toc112248437)

[EXPOSICIONES DEL PACIENTE: OTRAS EXPOSICIONES AMBIENTALES 13](#_Toc112248438)

[SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA 13](#_Toc112248439)

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA |
| Fecha de la entrevista (mm/dd/aaaa): \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_Hora de la entrevista: \_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_a. m/p. m. | 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):  |

|  |
| --- |
| 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 *(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: |

|  |
| --- |
| 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 padre, madre o tutor legal 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 a la 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 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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]. |
| ¿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): |

|  |
| --- |
| PREGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS |
| En los 2 meses anteriores a [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA], ¿recibió el niño/la niña alguno de estos tratamientos o 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), etc.) |
| *Medicamento* | *Fecha en que empezó a tomarlo (mm/aaaa)* | *Frecuencia1* | *Duración del uso (días)* | *Marca/producto* | *Razón* |
| Acetaminofeno (como Tylenol) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Medicamentos para la alergia (como Zyrtec, Claritin, Benadryl) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Aspirina (como Bayer) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Jarabe para la tos (como Robitussin) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Ibuprofeno (como Advil o Motrin) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Simeticona en gotas (como Mylicon) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Cualquier otro medicamento de venta sin receta |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Medicamento o suplemento de hierbas |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Medicamentos naturistas u homeopáticos (por ejemplo, pulsatilla o belladona) |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
| Vitaminas |  | ☐ Según la necesidad ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes☐ Nunca ☐ No se sabe |  |  |  |
|  |
| ¿Hay alguna posibilidad de que un amigo o familiar le haya dado al niño/la niña 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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]? ☐ Sí ☐ No  |

|  |
| --- |
| ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES 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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA] 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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]. ☐ Ninguna lesión ☐ No se sabe |
| *Lugar en el cuerpo* | *Fecha (mm/dd/aaaa)* | *Elemento que causó la lesión* | *Tratamiento y cualquier reacción inusual* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Le hicieron a su hijo/a alguna perforación en el cuerpo (*piercing*), como para ponerle aretes en las orejas, en los 2 meses anteriores a [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |
| *Lugar en el cuerpo* | *Fecha (mm/dd/aaaa)* | *Nombre del establecimiento* |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE |
| ¿Cuál era la razón por la que su hijo/a estaba recibiendo atención médica cuando a usted se lo contactó para informarlo sobre este estudio? | □ Amigdalectomía (le sacaron una o ambas amígdalas)□ Le insertaron tubos en los oídos (miringotomía)□ Enfermedad infecciosa; especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Otro procedimiento quirúrgico; especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Enfermedad crónica; especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Herida; especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Otra, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Tuvo su hijo/a alguno de los siguientes síntomas en las 2 semanas antes de que se buscara atención médica? |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. | Otra respuesta (especifique) | ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe |  |  |

 |
| Si la respuesta es "Sí", ¿cuál fue el primer síntoma que apareció? |
| Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo comenzaron aproximadamente los síntomas de su hijo/a? (mm/dd/aaaa): \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_ |
| Si la respuesta es "Sí", ¿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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]? ☐ 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 a [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]? ☐ 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? |

|  |
| --- |
| EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ENFERMEDADES ENTRE LOS CONTACTOS CERCANOS |
| Proporcione los detalles de cualquier nueva enfermedad o infección que hayan tenido los miembros del hogar u otros contactos cercanos en los 2 meses anteriores a [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]. 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)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| EXPOSICIONES DEL PACIENTE: VIAJES |
| En los 2 meses anteriores a [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA], ¿fue su hijo/a 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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA], ¿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)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| EXPOSICIONES DEL PACIENTE: INSECTOS Y OTROS ANIMALES |
| ¿Tenía alguna mascota u otros animales en su casa en los 2 meses anteriores a [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe Si la respuesta es "Sí", enumere. |
| *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 [INSERTAR LA FECHA DEL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD PARA EL CASO CORRELACIONADO], ¿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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA], ¿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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA], ¿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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA], ¿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: |

|  |
| --- |
| 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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabeSi la respuesta es "Sí", ¿qué problema?: |
| En los 2 meses anteriores a [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA], ¿su hijo/a nadó o jugó en algún cuerpo natural de agua (arroyo, río, mar, 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 nutrición de su hijo/a alrededor de [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA], ¿puede decir 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 ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al 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 ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Otros alimentos para niños pequeños (por ejemplo, alimentos inflados, como “puffs”) | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Miel | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Quesos blandos (por ejemplo, queso fresco, queso feta, queso con vetas azules) | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Yogur, leche u otros productos lácteos | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes  ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Leche u otro producto lácteo no pasteurizado (“crudo”) | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Verduras crudas o sin cocinar | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes  ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Frutos del bosque (fresas, frambuesas, arándanos, moras, etc.) frescos o congelados | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes  ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Hierbas o germinados frescos | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes  ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Hongos enteros o en polvo | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Pescado o mariscos | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Carne roja o de ave | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes  ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Té de hierbas | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes  ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Agua embotellada. *Pregunte específicamente sobre el agua alcalina embotellada de marca “Real Water”*  | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes  ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |
| Alimentos traídos de otro país; si la respuesta es "Sí", especifique: | ☐ A diario ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al 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 ☐ Una vez a la semana ☐ Una vez al mes ☐ Rara vez ☐ Nunca ☐ No se sabe  |

|  |
| --- |
| ¿Tuvo su hijo/a algún cambio notable en su nutrición en el mes anterior a [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]? (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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA], incluidos los chocolates que se venden por temporada (*pregunte específicamente sobre los productos de chocolate Kinder* ), los alimentos recolectados en áreas silvestres (fresas, frambuesas, arándanos, moras, 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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA], ¿comió su hijo/a algún alimento que tenía moho o estaba rancio (las fuentes pueden 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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]? ☐ 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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe Si la respuesta es "Sí", especifique la fecha y lo que pasó: |

|  |
| --- |
| SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA |
| ¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo/a en la actualidad? (Marque todo lo que corresponda) | ☐ Privado (p. ej., HMO, PPO, plan de atención médica administrada)             ☐ No tiene seguro☐ Medicaid/programa estatal de asistencia  ☐ 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 universitario☐ Algún nivel de escuela secundaria superior ☐ Título universitario☐ Graduado de la escuela secundaria superior/GED ☐ Posgrado/profesional☐ Escuela técnica ☐ 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 - 333681*