

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

Guión 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:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____
¿Se hizo con un intérprete?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se negó a contestar <input type="checkbox"/> No sabe		
¿Es su hijo/a de origen hispano o latino, o español?	<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino (<i>pase a la raza</i>) <input type="checkbox"/> 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>	<input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> 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			
<i>Entrevistador: asegúrese de que el pariente se incluya a sí mismo y al paciente en la cantidad total y en la tabla a continuación.</i>			
	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

<input type="checkbox"/> Asma o enfermedad reactiva de las vías respiratorias <input type="checkbox"/> Defectos cardíacos congénitos <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (tipo 1 o 2) <input type="checkbox"/> Leucemia/linfoma <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunodepresor (esteroides, quimioterapia, etc.); <i>especifique:</i>	<input type="checkbox"/> Otro tipo de cáncer; especifique: _____ <input type="checkbox"/> Otro trastorno del desarrollo; especifique: _____ <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro (edad gestacional al nacer: __ semanas) <input type="checkbox"/> Convulsiones/trastornos convulsivos <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 1x/ mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe			
Medicamentos para la alergia (como Zyrtec, Claritin, Benadryl)		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 1x/ mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe			
Aspirina (como Bayer)		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> 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:

		<input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 1x/ mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe	
Jarabe para la tos (como Robitussin)		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 1x/ mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe	
Ibuprofeno (como Advil o Motrin)		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 1x/ mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe	
Simeticona en gotas (como Mylicon)		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 1x/ mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe	
Cualquier otro medicamento de venta sin receta		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 1x/ mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe	
Medicamento o suplemento de hierbas		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 1x/ mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe	
Medicamentos naturistas u homeopáticos (por ejemplo, pulsatilla o belladona)		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 1x/ mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe	
Vitaminas		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> 1x/ semana <input type="checkbox"/> 1x/ mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 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

Describe 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 afebrado o acalorado	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se	h. Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
b. Temperatura de 100 °F (37.8 °C) o más	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se	i. Náuseas	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
c. Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se	j. Heces claras	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
d. Conjuntivitis (ojos enrojecidos o irritados)	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se	k. Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
e. Tos/moqueo	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se	l. Cansancio/fatiga	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
f. Orina de color oscuro	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se	m. Piel y ojos amarillentos	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
g. Apetito disminuido	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se	n. Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí sabe	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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): _____		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe				
Si la respuesta es "Sí", ¿cuál? <i>Pregunte sobre remedios de hierbas o de otro tipo.</i>				
¿Dónde buscó atención médica para la enfermedad de su hijo/a? <i>(Pregunte y marque todas las opciones que correspondan a continuación)</i>				
¿Médico de atención primaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	Fecha (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / _____		
¿Atención de urgencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	Fecha (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / _____		
¿Sala de emergencias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	Fecha (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / _____		
¿Otra? (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	Fecha (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / _____		
¿A su hijo/a le recetaron algún medicamento durante esta atención médica?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe		
Si la respuesta es "Sí", ¿qué le recetaron?	<input type="checkbox"/> Antibióticos (especifique el nombre): <input type="checkbox"/> Otro (especifique):			
¿Su hijo/a fue hospitalizado/a debido a esta enfermedad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 ____ / _____ <input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 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):	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Otros alimentos para niños pequeños (por ejemplo, alimentos inflados, como "puffs")	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Miel	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Quesos blandos (por ejemplo, queso fresco, queso feta, queso con vetas azules)	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Yogur, leche u otros productos lácteos	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Leche u otro producto lácteo no pasteurizado ("crudo")	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Verduras crudas o sin cocinar	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Frutos del bosque (fresas, frambuesas, arándanos, moras, etc.) frescos o congelados	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Hierbas o germinados frescos	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Hongos enteros o en polvo	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Carne roja o de ave	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Té de hierbas	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Agua embotellada. Pregunte específicamente sobre el agua alcalina embotellada de marca "Real Water"	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Alimentos traídos de otro país; si la respuesta es "Sí", especifique:	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Otro producto alimenticio importante que no se haya mencionado más arriba. Si la respuesta es "Sí", especifique:	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 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	
<p>¿Qué tipo de seguro médico tiene su hijo/a en la actualidad?</p>	<p><input type="checkbox"/> Privado (p. ej., HMO, PPO, plan de atención médica administrada)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid/programa estatal de asistencia</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene seguro</p> <p><input type="checkbox"/> No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____</p>
<p>¿Cuál es el nivel de estudios o grado escolar más alto que han alcanzado los padres o tutores legales del niño o la niña?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sin escuela secundaria superior</p> <p><input type="checkbox"/> Algún nivel de escuela secundaria superior</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria superior/GED</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela técnica</p> <p><input type="checkbox"/> Algún nivel universitario</p> <p><input type="checkbox"/> Título universitario</p> <p><input type="checkbox"/> Posgrado/profesional</p> <p><input type="checkbox"/> No se sabe/se negó a contestar</p>
<p>[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]</p>	<p><input type="checkbox"/> Menos de \$25 000</p> <p><input type="checkbox"/> De \$25 000 a <\$50 000</p> <p><input type="checkbox"/> De \$50 000 a <\$75 000</p> <p><input type="checkbox"/> \$75 000 o más</p> <p><input type="checkbox"/> No se sabe/se negó a contestar</p>

MLS - 332350