

Attachment E. Hepatitis pediátrica de etiología desconocida.

CONTROL del cuestionario sobre exposiciones

(Entrevista a los padres)

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO CORRELACIONADO: _____

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

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 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 ncirdvdvgast@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
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE.....	2
ESTRUCTURA DEL HOGAR.....	2
INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE.....	3
PREGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS.....	4
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL PACIENTE.....	5
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE.....	6
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ESCUELA / GUARDERÍA / ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES.....	8
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ENFERMEDADES ENTRE LOS CONTACTOS CERCANOS.....	8
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: VIAJES.....	9
EXPOSICIONES DEL PACIENTE: INSECTOS Y OTROS ANIMALES.....	9

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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID):

EXPOSICIONES DEL PACIENTE: AGUA..... 11

EXPOSICIONES DEL PACIENTE: ALIMENTOS..... 11

EXPOSICIONES DEL PACIENTE: OTRAS EXPOSICIONES AMBIENTALES..... 13

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA..... 13

INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA	
Fecha de la entrevista (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / _____	Nombre del entrevistador: _____ Institución del entrevistador: _____ Dirección de correo electrónico del entrevistador: _____
Hora de la entrevista: ____:____ a. m/p. m.	
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 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			

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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID): _____

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 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
- Defectos cardíacos 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

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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID):

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)	Frecuencia ¹	Duración del uso (días)	Marca/producto	Razón
Acetaminofeno (como Tylenol)		<input type="checkbox"/> Según la necesidad <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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 <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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			

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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID):

		<input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 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

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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID): _____

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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe	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	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe	i.	Náuseas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
c.	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe	j.	Heces claras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
d.	Conjuntivitis (ojos enrojecidos o irritados)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe	k.	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
e.	Tos/moqueo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe	l.	Cansancio/fatiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
f.	Orina de color oscuro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe	m.	Piel y ojos amarillentos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
g.	Apetito disminuido	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe	n.	Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se sabe
o.	Otra respuesta (especifique)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID): _____

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? <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 [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA PARA EL NIÑO/LA NIÑA]? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 ____ / ____ / _____ <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 a [INSERTAR LA FECHA EN QUE SE BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA		

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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID):

PARA EL NIÑO/LA NIÑA? <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
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 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)

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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID):

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)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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
	<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 [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
	<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 [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

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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID):

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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Red municipal (cañerías) <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Agua transportada <input type="checkbox"/> Otro tipo: _____
¿Cuál es el sistema de eliminación de aguas residuales? <input type="checkbox"/> Alcantarillado municipal <input type="checkbox"/> Tanque séptico <input type="checkbox"/> 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]? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe
Si 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.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?	
<i>Producto alimenticio</i>	<i>Frecuencia del consumo (al menos una vez al día, a la semana, al mes, con menos frecuencia o nunca)</i>
Fórmula infantil; si la respuesta es "Sí", escriba la marca:	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al mes

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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID):

	<input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Miel	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No se sabe
Pescado o mariscos	<input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al 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 8 de diciembre del 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID):

¿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 sabe

Si 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:

¿Ingririó 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

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 8 de diciembre del 2023

IDENTIFICACIÓN DEL CONTROL (ID):

	<input type="checkbox"/> 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]	<input type="checkbox"/> Menos de \$25 000 <input type="checkbox"/> \$75 000 o más <input type="checkbox"/> De \$25 000 a <\$50 000 <input type="checkbox"/> No se sabe/se negó a contestar <input type="checkbox"/> De \$50 000 a <\$75 000

MLS - 333681