

CUESTIONARIO SOBRE LA SHIGELLA PARA LA GENERACIÓN DE HIPÓTESIS

CÓDIGO DE

<CÓDIGO DE CONGLOMERADO>

] (INGRESAR CÓDIGO DE

)

[Complete la sección 1 antes de hacer la entrevista].

Sección 1: INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

1. Núm. de ID en PulseNet: _____	2. Núm. de ID de la WGS: _____
3. Información del encuestador Nombre: _____ Agencia u organización: _____	
4. Estado que notifica: _____	5. Condado que notifica: _____
6. Idioma en el que se hizo la entrevista: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
7. El encuestado era: <input type="checkbox"/> El caso <input type="checkbox"/> El padre o la madre <input type="checkbox"/> El cónyuge <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	

Hola. Mi nombre es <nombre del entrevistador>. Soy del <nombre del departamento de salud del entrevistador>. Lo estamos contactando porque usted (su hijo) estuvo enfermo recientemente con una infección por *Shigella*, también llamada shigelosis. *Shigella* son un grupo de bacterias que causan enfermedad diarreica. Estamos intentando determinar cómo se enfermó usted (su hijo) con una infección por *Shigella*. Esta entrevista también ayudará a prevenir que se enfermen otras personas.

Puede que el departamento de salud ya se haya comunicado con usted. Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre su enfermedad reciente (la enfermedad reciente de su hijo) y sobre cualquier exposición que usted (su hijo) haya tenido antes de enfermarse. Su ayuda en la investigación es muy importante. Su participación es voluntaria y puede negarse a contestar cualquiera de las preguntas en cualquier momento. Toda la información se mantendrá de manera confidencial en la medida en que lo permita la ley. En los informes no se usará ni su nombre ni ninguna otra información que lo identifique. Esta entrevista tomará entre 25 y 30 minutos aproximadamente. ¿Está dispuesto a participar?

Si la respuesta es "sí": Gracias. [Pase a la sección 2].

Si la respuesta es "no": Gracias por su tiempo. ¿Desea recibir algún material adicional sobre la *Shigella*, o puedo contestarle alguna pregunta? Si en algún momento desea completar el cuestionario, por favor llame a <número de teléfono del departamento de salud>.

Las primeras preguntas son sobre información demográfica básica para poder saber más sobre usted (su hijo).

Sección 2: INFORMACIÓN SOBRE EL CASO

1. Estado (de residencia): _____	2. Condado (de residencia): _____
3. Edad (del caso): _____ <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días	
4. ¿Qué sexo se le asignó a usted (su hijo) al nacer? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Se negó a contestar	
¿Cómo describe su grupo étnico y la raza (el grupo étnico y la raza de su hijo)?	

Se estima que la carga del público para reportar datos para esta recolección de información es un promedio de 45 minutos por respuesta, e incluye el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar la información en las fuentes existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que la recolección de información tenga un número de control de la OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de la estimación de esta carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas 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-XXXX

6.	Grupo étnico	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano o latino				
7.	Raza (<i>seleccione todas las opciones que correspondan</i>)	<input type="checkbox"/> Indoamericana o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Raza blanca	<input type="checkbox"/> Se negó a contestar
8.	Si el caso tiene 14 años de edad o más, ¿cuál es su ocupación actual (la ocupación actual de su hijo)? _____						

Ahora me gustaría saber un poco sobre su hogar.

Sección 3: INFORMACIÓN DEL HOGAR	
1.	¿Cómo describiría, de la manera más aproximada, el tipo de vivienda en la que usted (su hijo) vive actualmente? Por ejemplo, casa, apartamento, casa rodante. <input type="checkbox"/> Casa/hogar unifamiliar <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Hotel/motel <input type="checkbox"/> Establecimiento de cuidados a largo plazo <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos/residencia de vida asistida <input type="checkbox"/> Casa rodante <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación <input type="checkbox"/> Casa de paso intermedio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro tipo (especifique): _____
2.	Durante los últimos 30 días, ¿usted (su hijo) compartió habitación o se quedó a pasar la noche con amigos, familiares o con alguien que no conocía muy bien porque no tenía un lugar habitual donde pasar la noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Desconocido
3.	Durante los últimos 30 días, ¿estuvo sin hogar en algún momento? Es decir, ¿estuvo viviendo en la calle, en un refugio, en un hotel de viviendas de una sola habitación o en un auto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Desconocido
4.	¿Cuál es la fuente del agua que abastece su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de su hijo)? <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro lugar (especifique): _____
5.	¿A qué tipo de sistema se conecta el alcantarillado de su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de su hijo)? <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro tipo (especifique): _____
6.	¿Cuántas personas, incluido usted (su hijo), viven en su lugar de residencia primario (el lugar de residencia primario de su hijo)? _____ <input type="checkbox"/> Desconocido a. ¿Alguna de estas personas usa pañales (niños o adultos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido b. ¿Cuántas de las personas que viven en su hogar son menores de 5 años? _____ <input type="checkbox"/> Desconocido
7.	El año pasado, ¿cuáles fueron los ingresos de su hogar, de todas las fuentes y antes de impuestos? Es decir, la cantidad total de dinero que ganaron y compartieron todas las personas que viven en su hogar. <input type="checkbox"/> <\$20 000 <input type="checkbox"/> \$20 000-\$39 999 <input type="checkbox"/> \$40 000-\$59 999 <input type="checkbox"/> \$60 000-\$79 999 <input type="checkbox"/> \$80 000-99 999 <input type="checkbox"/> >\$100 000 <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Desconocido

A continuación, tengo algunas preguntas sobre la enfermedad que usted (su hijo) tuvo recientemente. Quizás le sea útil tener un calendario delante suyo porque le haré preguntas acerca de las fechas en que comenzaron y desaparecieron sus síntomas (los síntomas de su hijo). ¿Necesita tiempo para buscarlo?

Sección 4: INFORMACIÓN CLÍNICA			
1. ¿En qué fecha se comenzó a sentir enfermo usted (su hijo)? _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Fecha aproximada <input type="checkbox"/> Desconocido Mes / Día / Año			
2. ¿En qué fecha dejó de sentirse enfermo usted (su hijo)? _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Fecha aproximada <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Continúa Mes / Día / Año a. Si no está seguro de las fechas específicas para las preguntas 1 y 2, ¿aproximadamente cuántos días estuvo usted (su hijo) enfermo? _____			
Sí	No	No sabe	3. ¿Ha tenido usted (su hijo) alguno de los siguientes síntomas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas)

			i. Si la respuesta a la pregunta 3a es "sí", ¿aproximadamente cuántos días ha tenido usted (su hijo) diarrea? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Dolor o calambres abdominales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Fiebre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Náuseas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Vómitos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Heces con sangre o diarrea con sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Dolor muscular o en las articulaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Tenesmo (o sentir la necesidad de defecar [hacer caca] aun cuando no haya heces en los intestinos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Algún otro síntoma que no le haya mencionado especifique): _____

La siguiente serie de preguntas es sobre la atención médica y el tratamiento que usted (su hijo) haya recibido recientemente.

Sección 5: INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO			
Sí	No	No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Como resultado de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿buscó atención médica?
			a. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", ¿dónde buscó atención médica? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Centro de atención de urgencia <input type="checkbox"/> Centro médico de una farmacia <input type="checkbox"/> Centro médico de ETS <input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro sitio (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", ¿pasó alguna noche hospitalizado?
			i. Si la respuesta a la pregunta 1b es "sí", ¿cuántas noches estuvo hospitalizado? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", ¿estuvo internado en la unidad de cuidados intensivos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Además de la infección por <i>Shigella</i>, ¿le dijo el médico que tenía alguna otra infección?
			a. Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", ¿cuál era el nombre de esa o esas otras infecciones? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Le recetaron a usted (su hijo) algún antibiótico para esta enfermedad? De ser así, le haré más preguntas sobre los antibióticos; quizás sea útil buscar los frascos de las pastillas o los paquetes si los tiene.
			a. Si la respuesta a la pregunta 3 es "sí", ¿cómo se llaman los antibióticos? ¿cuáles son las dosis y cuál la frecuencia? _____
			b. Si la respuesta a la pregunta 3 es "sí", ¿en qué fecha comenzó a tomar los antibióticos? _____/_____/_____ Mes / Día / Año <input type="checkbox"/> Fecha aproximada <input type="checkbox"/> Desconocido
			c. Si la respuesta a la pregunta 3 es "sí", ¿en qué fecha dejó de tomar los antibióticos? _____/_____/_____ Mes / Día / Año <input type="checkbox"/> Fecha aproximada <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Sigue tomando los antibióticos

			<p>d. Si la respuesta a la pregunta 3 es "sí", en las 24 horas después de tomar los antibióticos, ¿sus síntomas...?</p> <p><input type="checkbox"/> Mejoraron <input type="checkbox"/> No cambiaron <input type="checkbox"/> Empeoraron <input type="checkbox"/> Otra respuesta (especifique): _____</p>
--	--	--	--

Ahora quisiera preguntarle acerca de las actividades recientes que hizo usted (su hijo), como viajar, ir a eventos, y sobre el contacto que tuvo con otras personas.

Sección 6: INFORMACIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN			
Sí	No	No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿estuvo algún tiempo fuera del estado en el que vive?</p> <p>a. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", dígame el nombre de todos los estados, dentro de los EE. UU., a los que viajó. _____</p> <p>i. Provea las fechas de viaje dentro de los EE. UU.: _____</p> <p>ii. ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Visitar a amigos o parientes <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p> <p>iii. ¿Dónde se quedó cuando estuvo de viaje dentro de los EE. UU.? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Hotel, hostería, casa de huéspedes, complejo turístico <input type="checkbox"/> Casa particular <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Crucero <input type="checkbox"/> Otro lugar (p. ej., escuela, dormitorio universitario, carpa) (especifique): _____</p> <p>iv. ¿Qué actividades hizo cuando estuvo de viaje dentro de los EE. UU.? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Comprar o comer alimentos <input type="checkbox"/> Actividades en el agua <input type="checkbox"/> Ir a un encuentro de personas <input type="checkbox"/> Tomar agua no tratada <input type="checkbox"/> Otra actividad (especifique): _____</p> <p>b. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", dígame el nombre de todos los países a los que viajó fuera de los EE. UU.: _____</p> <p>i. Provea las fechas de los viajes internacionales: _____</p> <p>ii. ¿Cuál fue el motivo por el cual viajó? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Visitar a amigos o parientes <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p> <p>iii. ¿Dónde se quedó durante los viajes internacionales? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Hotel, hostería, casa de huéspedes, complejo turístico <input type="checkbox"/> Casa particular <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Crucero <input type="checkbox"/> Otro lugar (p. ej., escuela, dormitorio universitario, carpa) (especifique): _____</p> <p>iv. ¿Qué actividades hizo durante los viajes internacionales? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Comprar o comer alimentos <input type="checkbox"/> Actividades en el agua <input type="checkbox"/> Ir a un encuentro de personas <input type="checkbox"/> Tomar agua no tratada <input type="checkbox"/> Otra actividad (especifique): _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2. Durante el último mes, ¿ha tenido usted (su hijo) contacto con alguna persona que haya viajado fuera de los Estados Unidos?</p> <p>a. Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", ¿a dónde viajaron estas personas? (especifique): _____</p>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”, ¿estuvieron enfermos con síntomas similares a los suyos (los síntomas de su hijo)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”, ¿comió o bebió usted (su hijo) algún alimento o alguna bebida que ellos trajeron del viaje?
			i. Si la respuesta a la pregunta 2c es “sí”, ¿qué comió o bebió? (especifique): _____
			3. Durante los <u>7 días anteriores</u> al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿asistió usted (su hijo) a alguno de los siguientes sitios o fue a alguno para visitar, trabajar o ayudar como voluntario?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Un encuentro religioso (p. ej., en una iglesia, mezquita o sinagoga) (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Campamento (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Conferencia u otro encuentro con muchas personas (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Festival, feria, obra de teatro o concierto (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Fiesta, pícnic o asado (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Práctica deportiva, partido deportivo o clase de gimnasia (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Otro encuentro de personas que no le haya mencionado (especifique): _____
Sí	No	No sabe	4. Durante los <u>7 días anteriores</u> al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), usted (su hijo):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. ¿Tomó agua de una fuente no tratada, como un lago, una laguna o un río? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. ¿Comió algún alimento preparado por un amigo, vecino o compañero de trabajo en la casa de esa persona? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. ¿Comió algún alimento preparado por un servicio de comidas? (p. ej., comida que se sirvió en una boda o en una conferencia) (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. ¿Comió en un restaurante? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. ¿Se metió en agua tratada, como en una piscina? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. ¿Se metió en agua no tratada, como en un lago, un río o el mar? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. ¿Jugó en alguna fuente de agua interactiva, mesa infantil de agua, piscina para niños o bebés? (especifique): _____
			5. Durante los <u>7 días anteriores</u> al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿fue usted (su hijo) a visitar, trabajar o ayudar como voluntario en alguno de los siguientes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Un lugar donde se sirven alimentos, como un restaurante o una cafetería (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Un refugio para personas sin hogar (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Un establecimiento de atención médica (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Un hogar de ancianos, un centro de cuidados a largo plazo o una residencia de vida asistida (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Durante los <u>7 días anteriores</u> al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿tuvo usted (su hijo) contacto con alguien que tuviera diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) o síntomas similares a los suyos (de su hijo)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Si la respuesta a la pregunta 6 es “sí”, ¿se le diagnosticó a esta persona una infección por <i>Shigella</i>?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si la respuesta a la pregunta 6 es “sí”, ¿era esta persona alguien de su hogar (el hogar de su hijo)? (especifique): _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Si la respuesta a la pregunta 6 es “sí”, ¿usa pañales esta persona?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Si la respuesta a la pregunta 6e es “sí”, ¿le cambió usted (su hijo) los pañales a esta persona?
			7. Mientras usted (su hijo) estaba enfermo con la infección por <i>Shigella</i>, ¿hizo usted (su hijo) alguna de las siguientes cosas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Preparar o manipular alimentos para otras personas (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Ir a nadar o jugar en una piscina, piscina infantil, fuente de agua interactiva o mesa infantil de agua (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un establecimiento de atención médica (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Visitar, trabajar o ayudar como voluntario en un hogar de ancianos, establecimiento de cuidados a largo plazo o residencia de vida asistida (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Asistir a una escuela o establecimiento de cuidado de niños, o ir a este lugar para visitar, trabajar o ayudar como voluntario (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Asistir a un encuentro de personas o ir de visita, a trabajar o ayudar como voluntario. Por ejemplo, un pícnic, una fiesta, un concierto, una conferencia o un encuentro religioso (especifique): _____

Ya casi terminamos. Tengo algunas preguntas sobre su asistencia reciente (la asistencia reciente de su hijo) a una escuela o establecimiento de cuidado de niños.

Sección 7: INFORMACIÓN DE LA ESCUELA O ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO DE NIÑOS			
Sí	No	No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿asistió usted (su hijo) a un establecimiento de cuidado de niños, guardería o preescolar, o fue a alguno para visitar, trabajar o ayudar como voluntario?
			a. Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”, ¿cómo se llama el establecimiento? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”, en este establecimiento, ¿había otros niños o adultos enfermos con diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) o síntomas similares a los suyos (de su hijo) antes de que se enfermara?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”, ¿usó usted (su hijo) el bus escolar u otro transporte escolar para ir y volver del centro de cuidado de niños, guardería o preescolar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Si la respuesta a la pregunta 1 es “sí”, ¿se lo excluyó a usted (su hijo) de este establecimiento mientras estaba enfermo?
			i. Si la respuesta a la pregunta 1d es “sí”, ¿cuántos días se lo excluyó? _____
			ii. Si la respuesta a la pregunta 1d es “sí” y el caso tiene 18 años o menos, durante el tiempo que se lo excluyó de la guardería, ¿en dónde le brindaron cuidados alternativos o quién lo cuidó? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Niñera <input type="checkbox"/> En la casa <input type="checkbox"/> Otro centro de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad (la enfermedad de su hijo), ¿asistió usted (su hijo) a una escuela (como escuela primaria, secundaria, centro de cuidado después de la escuela u otro tipo de establecimiento escolar) o fue a una escuela para visitar, trabajar o ayudar como voluntario?
			a. Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”, ¿cuál es el nombre de la escuela? _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”, ¿había en esta escuela otros niños o adultos enfermos con diarrea (al menos 3 heces líquidas, sueltas en 24 horas) o síntomas similares a los suyos (de su hijo) antes de que se enfermara?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”, ¿usó usted (su hijo) el bus escolar u otro transporte escolar para ir y volver de la escuela?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”, ¿se lo excluyó a usted (su hijo) de la escuela mientras estaba enfermo?
			i. Si la respuesta a la pregunta 2d es “sí”, ¿cuántos días se lo excluyó? _____
			ii. Si la respuesta a la pregunta 2d es “sí” y el caso tiene 18 años o menos, durante el tiempo que se excluyó a su hijo de la escuela, ¿dónde se le brindaron cuidados alternativos o quién lo cuidó? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Niñera <input type="checkbox"/> En el hogar <input type="checkbox"/> Se cuidó a sí mismo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____

[Continúe si el participante tiene 18 años de edad o más. De lo contrario, salte esta sección y termine la entrevista].

Por último, me gustaría preguntarle sobre su actividad sexual reciente porque la *Shigella* puede transmitirse a través del contacto sexual. La *Shigella* es muy contagiosa; basta solo una pequeña cantidad de estos microbios para enfermar a una persona. Las personas pueden contraer la shigelosis cuando se ponen en la boca o tragan algo que haya entrado en contacto con las heces de alguien que tenga la enfermedad. Esto puede suceder durante las relaciones sexuales.

Como le mencioné antes, sus respuestas son voluntarias y puede negarse a contestar cualquiera de las preguntas en cualquier momento. Les hacemos estas preguntas a todos los adultos que recibieron el diagnóstico de infección por *Shigella*. Sus respuestas se mantendrán de manera confidencial y podrían ayudarnos a identificar la forma en que contrajo la infección por *Shigella* que lo enfermó. Esto también nos ayudará a prevenir que otras personas se enfermen.

¿Desea continuar con esta sección?

Si la respuesta es “sí”: Gracias. [Comience con la sección 8].

Si la respuesta es “no”: Está bien. Apreciamos la información que nos ha dado.

Se negó a contestar/Prefiere no completar [Salte a la sección 9 para terminar la entrevista].

Sección 8: ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE [preguntar solo si tiene 18 años o más]			
1. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que usted se considera? <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Heterosexual, o sea, ni lesbiana ni gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra respuesta (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Desconocido/No sabe <input type="checkbox"/> Se negó a contestar/Prefiere no contestar			
2. Actualmente, ¿se describe usted como hombre, mujer o persona transgénero? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Persona transgénero <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones <input type="checkbox"/> Se negó a contestar/Prefiere no contestar			
Sí	No	No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Es sexualmente activo en la actualidad? (Si la respuesta es “no”, salte a la pregunta 4).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Si la respuesta a la pregunta 3 es “sí”, desde que comenzó su enfermedad, ¿ha tenido contacto sexual con otra persona? El contacto sexual incluye las relaciones sexuales genitales, anales, orales o

			cualquier otro tipo de contacto sexual.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Si la respuesta a la pregunta 3 es “sí”, durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿tuvo contacto sexual con otra persona? El contacto sexual incluye las relaciones sexuales genitales, anales, orales o cualquier otro tipo de contacto sexual.
			i. Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”, ¿de qué género eran sus parejas sexuales? (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ii. Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”, durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿tuvo alguna de sus parejas sexuales diarrea o síntomas similares a los suyos?
			Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”, lea la indicación. Para las siguientes preguntas voy a ser más explícito sobre el tipo de relación sexual que tuvo la semana anterior a que comenzara su enfermedad. Esto me ayudará a entender mejor cómo se pudo haber enfermado.
			iii. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿qué tipo de contacto sexual tuvo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Relaciones sexuales genitales (por ejemplo, el pene dentro de la vagina)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Relaciones sexuales anales (por ejemplo, el pene dentro del ano)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Relaciones sexuales orales (por ejemplo, la boca en el pene o la vagina)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Anilingus o “rimming” (o sea, la boca en el ano)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Otro tipo de contacto sexual (por ejemplo, le tocó el ano a su pareja con las manos, su pareja le tocó el ano con las manos o compartieron juguetes sexuales)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iv. Si la respuesta a la pregunta 3b es “sí”, durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿consumió drogas o alcohol durante o inmediatamente antes de tener relaciones sexuales? Algunos ejemplos incluyen alcohol, Viagra, metanfetamina (<i>meth</i>), GHB (éxtasis líquido), cocaína o inhalantes (<i>poppers</i>) (especifique): _____
			v. Durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿cuántas parejas sexuales tuvo? (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Si la respuesta a la pregunta 3bv es “sí”, ¿fue alguna de estas una pareja nueva?
			a. Si la respuesta a la pregunta 3bv1 es “sí”, durante los 7 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿conoció a su(s) pareja(s) sexual(es) nueva(s) en alguno de los siguientes lugares?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Bar, restaurante o club (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ii. Casa de baños (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iii. Tienda de libros (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iv. Gimnasio (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. Parque (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vi. Medios sociales (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vii. Sitios de citas o encuentros (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	viii. Fiesta, conferencia u otro tipo de evento (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ix. Club o fiesta sexual (especifique): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x. Otro lugar que no le haya mencionado (especifique): _____

Sí	No	No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Durante los <u>últimos 12 meses</u> , ¿le dijo algún médico que tenía una infección de transmisión sexual?
			<p>a. Si la respuesta a la pregunta 4 es "sí", ¿qué infección? (seleccione todas las opciones que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Verrugas genitales <input type="checkbox"/> Herpes</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____</p>

Sección 9: CIERRE

Sí	No	No sabe	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Aquí termina el cuestionario. Muchas gracias por su tiempo. Según lo que aprendamos después de revisar estas entrevistas, es posible que necesitemos ponernos en contacto con usted nuevamente. ¿Podemos volver a comunicarnos con usted?
			<p>a. Si la respuesta a la pregunta 1 es "sí", gracias por su disposición a volver a hablar con nosotros. ¿Hay alguna otra cosa que quisiera que sepamos acerca de su enfermedad y sus actividades recientes que le haya preguntado?</p> <p>_____</p> <p>b. Si la respuesta a la pregunta 1 es "no", está bien. Apreciamos el tiempo que ya nos ha dado. ¿Hay alguna otra cosa que quisiera que sepamos acerca de su enfermedad y sus actividades recientes que le haya preguntado?</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Desea recibir algún material adicional sobre la <i>Shigella</i> , o puedo contestarle alguna pregunta?

Gracias por su tiempo. Que tenga un buen día.

[Termine la entrevista].

MLS-314926