

ID :

**CUESTIONARIO EXTENSO EN ESPAÑOL  
INVESTIGACION DE "FOODBORNE DISEASE OUTBREAKS"**

ESTA PAGINA ES SOLO PARA PROPOSITOS ADMINISTRATIVOS  
LA ENTREVISTA Y CUESTIONARIO ESTAN EN LA PAGINA 2

**Cada vez que intente comunicarse con la persona a entrevistar, anote la fecha, hora, y resultado de su llamada en el cuadro que sigue.**

Llamada	Fecha	Hora	Resultado
1°			
2°			
3°			
4°			
5°			

**MARQUE UNA  
RESPUESTA ANTES DE  
ENTREGAR EL  
CUESTIONARIO.**

En qué estado se halla la entrevista?

1. Entrevista hecha
2. Entrevista no se hizo porque:
  - a. El entrevistado rehusó participar
  - b. El entrevistado está ausente de Chicago
  - c. Se dejaron 5 recados, y no respondió
  - d. Número telefónico fue desconectado
  - e. No se sabe el número correcto
3. Otro (**ANOTE** \_\_\_\_\_)

En qué fecha hizo la entrevista?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

Nombre de la persona a entrevistar \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Apellido

Primer nombre

Número telefónico del trabajo ( \_\_\_\_ ) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Número telefónico de la casa ( \_\_\_\_ ) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**CDI#** \_\_\_\_

## SECCION A: INTRODUCCION Y SCREENING

<b>INTRODUCCION</b>	Mi nombre es _____ y le estoy llamando del Programa de Enfermedades Trasmisibles del Departamento de Salud Pública de Chicago.
<b>MOTIVO DE LLAMAR</b>	Estamos investigando un caso de enfermedad que ocurrió en una persona que asistió a un EVENTO A en LUGAR X el FECHA Z.
<b>INFORMACION BUSCADA</b>	Quisiera pedirle cierta información relacionada a las comidas servidas en el evento, y de cualquier síntoma que usted haya presentado después del evento.
<b>USO DE LA INFORMACION</b>	Esto va a requerir unos 20 o 30 minutos de su tiempo. La información que usted nos dé será muy importante para saber si hubo algo en la fiesta que pudiera explicar porque enfermó la gente, y así poder prevenir que que más gente se enferme.
<b>CONFIDENCIALIDAD</b>	La información que nos dé será estrictamente confidencial.

<b>1</b>	<b>¿Asistió usted a este evento?</b> 1. Sí 2. No	<b>1a</b>	<b>¿Comió o probó comidas de este evento?</b> 1. Yes <b>PASE A PREGUNTA 3 ABAJO</b> 2. No <b>DETERMINE SI CONTACTOS ASISTIERON</b>																				
<b>2</b>	<b>¿Habían otras personas que asistieron con usted?</b> 1. Sí ⇒ 2. No	<b>2a</b>	<b>PARA OTRAS PERSONAS, ANOTE:</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Nombre</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Relación</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">No. Telefónico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <b>LEA: Nos gustaría hablar con cada una de estas personas sobre lo que comieron y si se enfermaron. ¿Podría comenzar con usted ahora?</b>		Nombre	Relación	No. Telefónico	1.	_____	_____	_____	2.	_____	_____	_____	3.	_____	_____	_____	4.	_____	_____	_____
	Nombre	Relación	No. Telefónico																				
1.	_____	_____	_____																				
2.	_____	_____	_____																				
3.	_____	_____	_____																				
4.	_____	_____	_____																				
<b>3</b>	<b>¿Se enfermó usted después del evento?</b> 1. Sí <b>PASE A LA PROXIMA PAGINA (ENFERMEDAD)</b> 2. No <b>PASE A LA SECCION C, (COMIDA)</b>																						

**SECCION B: ENFERMEDAD**

**LEA:** Para empezar, explíqueme como fue su enfermedad.

<p><b>1</b> ¿Cuál fue el <b>PRIMER SINTOMA</b> que tuvo? _____ Primer síntoma</p>	⇒	<p><b>2</b> Cuándo <b>EMPEZO?</b> _____ : _____ AM DIA HORA PM</p>
---	---	--

	<i>¿Tuvo usted ...</i>		<i>¿Cómo era?</i>		<i>¿Cuándo empezó ?</i>		<i>¿Cuánto tiempo duró?</i>		<i>¿Cuánto fue lo máximo ...</i>
<b>3</b>	<p><b>DIARREA</b> o EXCREMENTO SUELTO?</p> <p>1. SI ⇒ 2. NO</p>	<b>3a</b>	<p>1. Acuosa 2. Con sangre 3. Con mucosidad 4. Más sueltas que normal 5. Otra <b>[ANOTE]</b></p>	<b>3b</b>	<p>_____ : _____ AM DIA HORA PM</p>	<b>3c</b>	<p>_____ DIAS</p>	<b>3d</b>	<p>_____ VECES/24 HR</p>
<b>4</b>	<p><b>VOMITOS?</b></p> <p>1. SI ⇒ 2. NO</p>			<b>4b</b>	<p>_____ : _____ AM DIA HORA PM</p>	<b>4c</b>	<p>_____ DIAS</p>	<b>4d</b>	<p>_____ VECES/24 HR</p>
<b>5</b>	<p><b>FIEBRE?</b></p> <p>1. SI ⇒ 2. NO</p>			<b>5b</b>	<p>_____ : _____ AM DIA HORA PM</p>	<b>5c</b>	<p>_____ DIAS</p>	<b>5d</b>	<p>_____ GRADOS</p> <p><b>[Si no fue tomada, anote N.M.]</b></p>
<b>6</b>	<p><b>NAUSEAS?</b></p> <p>1. SI ⇒ 2. NO</p>	<b>6a</b>	<p>1. Intensa 2. Moderada 3. Leve 9. No recuerda</p>						
<b>7</b>	<p><b>DOLOR ABDOMINAL?</b></p> <p>1. SI ⇒ 2. NO</p>	<b>7a</b>	<p>1. Intenso 2. Moderado 3. Leve 9. No recuerda</p>						
<b>8</b>	<p><b>DOLOR MUSCULAR?</b></p> <p>1. SI ⇒ 2. NO</p>	<b>8a</b>	<p>1. Intenso 2. Moderado 3. Leve 9. No recuerda</p>						
<b>9</b>	<p>¿Tenía <b>OTROS SINTOMAS?</b> ⇒</p> <p>1. SI <b>[ANOTE]</b> _____ 2. NO</p>				<b>10</b>	<p><i>¿Cuándo sintió que su salud había vuelto a lo normal?</i></p> <p>_____ <b>[Si salud todavía no está normal, anote STILL.]</b> DIA</p>			

	<i>¿Fué a . . .</i>		<i>¿Nombre y no. telefónico del hospital y/o médico?</i>		<i>¿Pasó la noche en el hospital?</i>		<i>Le pusieron suero por vena?</i>
<b>11</b>	<b>UN HOSPITAL</b> o SALA DE EMERGENCIA?  1. SI ⇒ 2. NO	<b>11a</b>	Nombre _____ No. _____  _____	<b>11b</b>	1. SI <b>[ANOTE]</b> Día ingresado _____ Día de salida _____  2. NO	<b>11c</b>	1. SI 2. NO

<b>12</b>	<b>UN MEDICO ?</b>  1. SI ⇒ 2. NO	<b>12a</b>	Nombre _____ No. _____  _____
<b>13</b>	<b>OTRO TIPO DE ATENCION MEDICA ?</b>  1. SI ⇒ 2. NO	<b>13a</b>	Nombre _____ No. _____  _____

<b>14</b>	<i>¿Le tomaron <b>ANALISIS</b> de sangre o excremento?</i>  1. YES ⇒ 2. NO	<b>14a</b>	<i>¿Dónde y cuándo le tomaron esta(s) muestra(s)?</i>  Doctor/Lugar _____ Tipo de muestra(s) _____ Día tomada _____  _____	<b>14b</b>	<i>¿Sabe los resultados?</i>  _____  _____
-----------	---	------------	--	------------	--

<b>15</b>	<i>¿Le dieron <b>RECETAS</b> o <b>MEDICAMENTOS</b>?</i>  1. YES ⇒ 2. NO	<b>15a</b>	<i>¿Qué medicamentos?</i>  _____
-----------	--	------------	--

<b>16</b>	<i>¿Qué tan limitada fueron sus actividades normales?</i>  1. Muy limitadas 2. Poco limitadas 3. No limitadas  ⇒	<b>17</b>	<i>¿Tuvo que dejar de trabajar (o de ir a la escuela)?</i>  1. SI <b>[ANOTE # DIAS PERDIDOS: _____ ]</b> 2. NO 3. NO TRABAJA FUERA DE CASA
-----------	--	-----------	--



## SECCION C: HISTORIA DE COMIDAS

<b>A</b>	<p><i>¿A qué hora llegó usted al evento?</i></p> <p style="text-align: center;">             _____ : _____  <small>AM</small>  <small>PM</small>              HORA         </p>	
<b>B</b>	<p><i>¿Comió alguna comida o tomó una bebida mientras estaba en el evento?</i></p> <p style="text-align: center;">             1. Yes ⇒              2. No         </p>	<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">B1</p> <p><i>¿A qué hora comió?</i></p> <p style="text-align: center;">             _____ : _____  <small>AM</small>  <small>PM</small>              HORA         </p>

**LEA:** Ahora quisiera saber más sobre las comidas que comió en el evento. Voy a preguntar sobre las comidas que fueron servidas en la fiesta, y quiero que me diga si comió esa comida. Por cada comida que comió, me gustaría que me dijera aproximadamente que cantidad comió.

	<i>¿Comió o probó . . .</i>		<i>¿Cuánto comió?</i>
<b>1</b>	<p><b>LA ENSALADA DE PAPAS</b></p> <p style="text-align: center;">                     1. SI ⇒                      2. No                      9. No recuerda                 </p>	<b>1a</b>	<p>1. Un bocado o menos                      2. Más que un bocado pero menos de cinco                      3. Cinco o más bocados                      9. No recuerda</p>
<b>2</b>	<p><b>LOS TALLARINES</b></p> <p style="text-align: center;">                     1. SI ⇒                      2. No                      9. No recuerda                 </p>	<b>2a</b>	<p>1. Un bocado o menos                      2. Más que un bocado pero menos de cinco                      3. Cinco o más bocados                      9. No recuerda</p>
<b>3</b>	<p><b>LA SALCHICHA ITALIANA</b></p> <p style="text-align: center;">                     1. SI ⇒                      2. No                      9. No recuerda                 </p>	<b>3a</b>	<p>1. Menos que una salchicha                      2. Una salchicha completa                      3. Una salchicha más parte de otra                      4. Dos salchichas o más                      9. No recuerda</p>
<b>4</b>	<p><b>LOS CAMARONES</b></p> <p style="text-align: center;">                     1. SI ⇒                      2. No                      9. No recuerda                 </p>	<b>4a</b>	<p>1. Un camarón o menos                      2. Más que un camarón pero menos de cinco                      3. Cinco o más camarones                      9. No recuerda</p>
<b>5</b>	<p><b>LOS FRIJOLES CON TOCINO</b></p> <p style="text-align: center;">                     1. SI ⇒                      2. No                      9. No recuerda                 </p>	<b>5a</b>	<p>1. Un bocado o menos                      2. Más que un bocado pero menos de cinco                      3. Cinco o más bocados                      9. No recuerda</p>
<b>6</b>	<p><b>LAS GALLETAS</b></p> <p style="text-align: center;">                     1. SI ⇒                      2. No                      9. No recuerda                 </p>	<b>6a</b>	<p>1. Una galleta o menos                      2. Más que una galleta pero menos de cinco                      3. Cinco o más galletas                      9. No recuerda</p>
<b>7</b>	<p><b>EL PAN BLANCO</b></p> <p style="text-align: center;">                     1. SI ⇒                      2. No                      9. No recuerda                 </p>	<b>7a</b>	<p>1. Menos de una pieza                      2. Una pieza                      3. Más que una pieza                      9. No recuerda</p>

<b>8</b>	<b>LAS PAPAS FRITAS</b> 1. SI ⇒ 2. No 9. No recuerda	<b>8a</b>	1. Una papa frita o menos 2. Más que una papa frita pero menos de cinco 3. Cinco o más papas fritas 9. No recuerda
	<b>(Habían dos tipos de ensalada de repollo)</b>		
<b>9</b>	<b>LA ENSALADA DE REPOLLO CREMOSA Y BLANCA</b> 1. SI ⇒ 2. No 9. No recuerda	<b>9a</b>	1. Un bocado o menos 2. Más que un bocado pero menos de cinco 3. Cinco o más bocados 9. No recuerda
<b>10</b>	<b>LA ENSALADA DE REPOLLO PICANTE</b> 1. SI ⇒ 2. No 9. No recuerda	<b>10a</b>	1. Un bocado o menos 2. Más que un bocado pero menos de cinco 3. Cinco o más bocados 9. No recuerda
<b>11</b>	<b>EL GUACAMOLE</b> 1. SI ⇒ 2. No 9. No recuerda	<b>11a</b>	1. Un bocado o menos 2. Más que un bocado pero menos de cinco 3. Cinco o más bocados 9. No recuerda
<b>12</b>	<b>CEREZAS</b> (del plato de frutas frescas) 1. SI ⇒ 2. No 9. No recuerda	<b>12a</b>	1. Una cereza o menos 2. Más que una cereza pero menos de cinco 3. Cinco o más cerezas 9. No recuerda
<b>13</b>	<b>FRESAS</b> (del plato de frutas frescas) 1. SI ⇒ 2. No 9. No recuerda	<b>13a</b>	1. Una fresa o menos 2. Más que una fresa pero menos de cinco 3. Cinco o más fresas 9. No recuerda
	<b>(Habían 3 tipos de pasteles)</b>		
<b>14</b>	<b>EL PASTEL DE CHOCOLATE</b> 1. SI ⇒ 2. No 9. No recuerda	<b>14a</b>	1. Un bocado o menos 2. Más que un bocado pero menos de una pieza 2. Una pieza 3. Más que una pieza 9. No recuerda
<b>15</b>	<b>EL PASTEL DE CHOCOLATE RELLENADO CON CREMA</b> 1. SI ⇒ 2. No 9. No recuerda	<b>15a</b>	1. Un bocado o menos 2. Más que un bocado pero menos de una pieza 2. Una pieza 3. Más que una pieza 9. No recuerda

<b>16</b>	<b>EL PASTEL DE ZANAHORIA</b>  1. SI ⇒  2. No  9. No recuerda	<b>16a</b>	1. Un bocado o menos 2. Más que un bocado pero menos de una pieza 2. Una pieza 3. Más que una pieza 9. No recuerda
<b>[Algunas bebidas que fueron servidas eran limonada, cerveza, refrescos, y agua.]</b>			
<b>17</b>	<b>¿Tomó alguna bebida?</b> Nombre de bebida                      #                      Como fue servida                      Hielo? (vaso,lata,botella,etc.)  1. _____                      _____                      _____                      _____ 2. _____                      _____                      _____                      _____ 3. _____                      _____                      _____                      _____ 4. _____                      _____                      _____                      _____ 5. _____                      _____                      _____                      _____		<b>POR CADA BEBIDA:  ANOTE EL NOMBRE  DE LA BEBIDA, LA  CANTIDAD  CONSUMIDA, COMO  FUE SERVIDA , Y SI  FUE CONSUMIDO CON  HIELO TAMBIEN.</b>
<b>18</b>	<b>¿Comió o probó alguna comida que no haya mencionado?</b> (Como condimento, salsa, postre, fruta, adorno o decoración comestible, o entrecomida) Nombre de comida                      Como fue servida                      Cantidad  1. _____                      _____                      _____ 2. _____                      _____                      _____ 3. _____                      _____                      _____ 4. _____                      _____                      _____ 5. _____                      _____                      _____		<b>PIDA NOMBRES DE  LAS COMIDAS, COMO  FUERON SERVIDAS,  Y LA CANTIDAD  CONSUMIDA</b>
<b>19</b>	<b>Tiene alguna sobra de la comida que fue servida en el evento?</b>  1. Sí ⇒  2. No	<b>19a</b>	<b>Sería posible que nos trajera esa comida o si uno de nuestros trabajadores fuera a recogerla?</b>  DIRECCION: _____  FECHA(S): _____  HORA(S): _____
<b>20</b>	<b>¿Conoce a alguien que haya consumido esas comidas, sin haber asistido al evento?</b>  1. Sí ⇒  2. No	<b>20a</b>	<b>Para comunicarse con esta(s) persona(s):</b> Nombre                      No. Telef.                      ENF?(Y/N) _____ _____ _____



## SECCION D: INFORMACION DEMOGRAPHICA

**LEA:** Para terminar, me gustaria pedirle cierta informacion médica y personal. (Es confidencial.)

<b>1</b>	<b>¿Hay comida(s) que le hace daño?</b> (como alergia, intolerancia, o "intoxicación") 1. Sí <b>[ANOTE COMIDA/REACCION]</b> _____ 2. No																																										
<b>2</b>	<b>¿Cerca de la fecha de la fiesta estaba tomando algunos medicamentos?</b> <b>[MARQUE SOLO LOS TOMADOS]</b>  1. Antibioticos (incluyendo contraparasitos) 2. Antiácidos 3. Corticoides (cortisona) u otros 4. Quimioterapia  ⇒	<b>2a</b>	<b>POR CADA TRATAMIENTO, ANOTE:</b>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 40%;">Nombre</th> <th style="width: 20%;">Razón por tomarlo</th> <th style="width: 10%;">Dosis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Nombre	Razón por tomarlo	Dosis	1.	_____	_____	_____	2.	_____	_____	_____	3.	_____	_____	_____																								
	Nombre	Razón por tomarlo	Dosis																																								
1.	_____	_____	_____																																								
2.	_____	_____	_____																																								
3.	_____	_____	_____																																								
<b>3</b>	<b>¿Se le ha diagnosticado alguna vez con alguna de estas enfermedades o condiciones?</b> <b>[MARQUE CUALQUIER CONDICION REPORTADA Y ANOTE DETALLES]</b>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 20%;">Tipo de condición</th> <th style="width: 20%;">Año del diagnóstico</th> <th style="width: 20%;">Recibe tratamientos ahora?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Diabetes</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. Cancer</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. Ulcera de estómago</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4. Enfermedad del corazón</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>5. Enfermedad del riñon o hígado</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>6. Cirugía del estómago</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>7. Transplante</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>8. Mal funcionamiento del sistema de defensas</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>9. Enfermedad diarreica crónica</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>				Tipo de condición	Año del diagnóstico	Recibe tratamientos ahora?	1. Diabetes	_____	_____	_____	2. Cancer	_____	_____	_____	3. Ulcera de estómago	_____	_____	_____	4. Enfermedad del corazón	_____	_____	_____	5. Enfermedad del riñon o hígado	_____	_____	_____	6. Cirugía del estómago	_____	_____	_____	7. Transplante	_____	_____	_____	8. Mal funcionamiento del sistema de defensas	_____	_____	_____	9. Enfermedad diarreica crónica	_____	_____	_____
	Tipo de condición	Año del diagnóstico	Recibe tratamientos ahora?																																								
1. Diabetes	_____	_____	_____																																								
2. Cancer	_____	_____	_____																																								
3. Ulcera de estómago	_____	_____	_____																																								
4. Enfermedad del corazón	_____	_____	_____																																								
5. Enfermedad del riñon o hígado	_____	_____	_____																																								
6. Cirugía del estómago	_____	_____	_____																																								
7. Transplante	_____	_____	_____																																								
8. Mal funcionamiento del sistema de defensas	_____	_____	_____																																								
9. Enfermedad diarreica crónica	_____	_____	_____																																								
<b>4</b>	<b>¿Cuál es su EDAD?</b> ____ ____ Años																																										
<b>5</b>	<b>¿SEXO?</b> 1. Male  2. Female ⇒	<b>5a</b>	<b>¿Está EMBARAZADA AHORA?</b> 1. Sí  2. No																																								
<b>6</b>	<b>¿RAZA O ETNICIDAD?</b> 1. Afro-Americano o Negro 2. Blanco 3. Latino 4. Asiatico 5. Americano Nativo o de raza indígena 6. Otro <b>[ANOTE]</b> _____ 7. Rehusó 8. NO SABE																																										
<b>7</b>	<b>¿OCUPACION?</b> _____  <b>SI ES OCUPACION DE RIESGO</b> ⇒	<b>7a</b>	<b>¿DONDE TRABAJA?</b>  Nombre: _____  Dirección: _____																																								