

Social autopsy tool (fatal case minor, Spanish version CF18-)

Código entrevista: AS_____


**CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS E INFOVIDAS**

Sección 1: Datos de la entrevista		
1.1	Nombre del/de la entrevistador/a	Nombres: Apellidos: Acompaña:
1.2	Fecha del primer intento de entrevista	Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Código: _____
1.3	Fecha del segundo intento de entrevista	Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Código: _____
1.4	Fecha de la entrevista	Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Código: _____
1.5	Hora de inicio de la entrevista	Hora: ____ Minuto: ____
1.6	Hora final de la entrevista	Hora: ____ Minuto: ____
	<u>Códigos para entrevista</u> 1. Completada 2. Parcialmente completada 3. Entrevistado pospuso entrevista 4. Ningún entrevistado elegible en el momento de la visita 5. Entrevistado elegible rechazó entrevista	6. Ningún entrevistado elegible vive en la vivienda 7. Ningún miembro del hogar está en la vivienda (vivienda cerrada) 8. Vivienda deshabitada o no encontrada 9. No existe persona que dé información (paciente consultó solo) → Insistir hasta encontrar información
1.7	<i>[Entrevistador, llene la descripción de la categoría a la cual el paciente pertenece.]</i>	<input type="checkbox"/> Caso fatal adulto <input type="checkbox"/> Caso fatal menor de edad o dependiente <input type="checkbox"/> Control (near miss) adulto <input type="checkbox"/> Control (near miss) menor de edad o dependiente

Sección 2: Inicio de la entrevista y consentimiento
Instrucciones:

Presentarse y explicar el objetivo de la visita. Preguntar si se puede hablar con la persona más cercana que estuvo durante la enfermedad del paciente.

Ejemplo:

“Mi nombre es _____. Soy la enfermera del estudio “Autopsia social – Complicaciones y

mortalidad por dengue”. Me han informado que hubo un caso de dengue en esta familia, lo cual lo sentimos mucho. Por lo tanto, le haremos una entrevista con el fin de conocer algunos detalles sobre la enfermedad del dengue para evaluar y poder mejorar los servicios de salud y los programas de salud pública.”

2.1	Consentimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	<i>[Leer el formulario de consentimiento. Preguntar si entrevistado tiene preguntas. Preguntar si desea continuar con la entrevista.]</i>	

Sección 3: Datos del entrevistado

3.1	Nombres y apellidos del entrevistado	Iniciales:																																							
3.2	Sexo del entrevistado	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>																																							
3.3	Fecha de nacimiento del entrevistado	Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>																																							
3.4	“Cuál era su relación con el/la niño/a?”	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/hija <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Abuelo/abuelo <input type="checkbox"/> Suegro/suegra <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Tío/tía <input type="checkbox"/> Nuera/yerno <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Vecino/a <input type="checkbox"/> Otro _____																																							
3.5	<i>[Entrevistador: Notar si otras personas presentes en la entrevista.]</i>	<input type="checkbox"/> Sí (ver pregunta 3.5b) <input type="checkbox"/> No, el entrevistado es el único presente																																							
3.5 b	“De las personas aquí presentes, quién acompañó al/a la niño/a durante la enfermedad?”	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">Presente en la entrevista</th> <th style="width: 20%;">Acompañó al paciente en momento de enfermedad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) Esposo/a</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b) Hijo/hija</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c) Hermano/a</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d) Madre/padre</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e) Abuela/abuelo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f) Suegro/suegra</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>g) Nieto/a</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h) Tío/tía</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>i) Nuera/yerno</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>j) Amigo/a</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>k) Vecino/a</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>l) Otro _____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Presente en la entrevista	Acompañó al paciente en momento de enfermedad	a) Esposo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Hijo/hija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Hermano/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Madre/padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Abuela/abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Suegro/suegra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Nieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Tío/tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) Nuera/yerno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k) Vecino/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l) Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presente en la entrevista	Acompañó al paciente en momento de enfermedad																																							
a) Esposo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
b) Hijo/hija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
c) Hermano/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
d) Madre/padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
e) Abuela/abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
f) Suegro/suegra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
g) Nieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
h) Tío/tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
i) Nuera/yerno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
j) Amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
k) Vecino/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
l) Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
3.6	MODI “Cuál es su estado civil?”	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Desconoce																																							

3.7	NOM	“A qué etnia pertenece usted?”	<input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra
3.8	MODI	“Me puede indicar si usted era discapacitado, migrante, gestante, desplazado o carcelario al momento de la enfermedad del/de la niño/a?”	<input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Ninguno (el resto)
3.9	MODI	“Qué religión profesa la familia?”	<input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Ateo/agnóstico <input type="checkbox"/> Otra_____	<input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Mormón <input type="checkbox"/> Adventista <input type="checkbox"/> Musulmán <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Desconoce
3.10	MODI	“Usted sabe leer y escribir?” (al momento de la enfermedad del niño/a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconoce
3.11	MODI	“Hasta que año de escolaridad cursó usted?” (al momento de la enfermedad del niño/a)	<input type="checkbox"/> No asistió <input type="checkbox"/> Primaria, año: _____ <input type="checkbox"/> Secundaria, año: _____ <input type="checkbox"/> Universidad, semestre: _____ <input type="checkbox"/> Desconoce	
3.12	MODI	“Cuál era su ocupación en el momento en el que el/la niño/a se enfermó?”	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado/a <input type="checkbox"/> Estudiante y empleado	<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente
3.13	MODI	“Durante el último año, antes de la enfermedad del/de la niño/a, cuál era su ingreso mensual?” [El salario mínimo es 589.500 pesos]	<input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Menos que el salario mínimo mensual vigente <input type="checkbox"/> Igual al salario mínimo mensual vigente <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 salarios mínimos mensuales <input type="checkbox"/> Más de 5 salarios mínimos mensuales <input type="checkbox"/> Desconoce	
3.14	MODI	“Cuál es su tipo de régimen de seguridad social en salud?”	<input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Excepción <input type="checkbox"/> No afiliado	<input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Desconoce

Sección 4 : Datos de identificación del paciente

4.1	DEM	Dirección de la vivienda	Dirección: Barrio: Municipio: Departamento:
-----	-----	--------------------------	--

4.2	DEM	Zona [Entrevistador: observar y notar]	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Vereda
4.3	DEM	Asentamiento informal [Entrevistador: observar y notar]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre: Número de casa:
4.4		Identificación niño/a	Iniciales:
4.5	NOM	Sexo del/de la niño/a	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
4.6	NOM	“A qué etnia pertenecía el/la niño/a?”	<input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra
4.7	MODI	“Me puede indicar si el/la niño/a era discapacitado, migrante, gestante, desplazado o carcelario al momento de enfermarse?”	<input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Ninguno (el resto)
4.8	MODI	“El/la niño/a sabía leer y escribir al momento de enfermarse?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
4.9	MODI	“Hasta que año de escolaridad cursó el/la niño/a?” (al momento de enfermarse)	<input type="checkbox"/> No asistió <input type="checkbox"/> Primaria, año: _____ <input type="checkbox"/> Secundaria, año: _____ <input type="checkbox"/> Universidad, semestre: _____ <input type="checkbox"/> Desconoce
4.10	MODI	“El/la niño/a estaba matriculado como estudiante al momento de enfermarse?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
4.11	MODI	“Cuál era el tipo de régimen de seguridad social en salud del/de la niño/a al momento de enfermarse?”	<input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Excepción <input type="checkbox"/> No afiliado <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Desconoce
4.12		Nombre EPS	_____
4.13		Nombre ARS	_____
4.14	DEM	“A cuánto tiempo de su vivienda se encuentra la IPS o el centro de atención de salud más cercano que podía atender al/ a la niño/a?” “Por qué medio de transporte?”	<input type="checkbox"/> 0-15 min <input type="checkbox"/> 31-45 min <input type="checkbox"/> 1h01-1h30 hora <input type="checkbox"/> 2h01 o más <input type="checkbox"/> 16-30 min <input type="checkbox"/> 46-60 min <input type="checkbox"/> 1h31-2h <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> A pie <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Auto propio <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Auto compartido <input type="checkbox"/> Otro _____

4.15	ISS	<p>“En caso de enfermedad <u>aguda</u>, a qué institución de salud acudía el/la niño/a normalmente?” (ej.: enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda)</p> <p>Cuánto tiempo se demoraba en llegar allá normalmente?</p> <p><i>[Preguntar sólo si se aplica]</i> “Si la institución de salud que acudía cuando el/la niño/a se enfermaba era más lejana, por qué no asistía a la más cercana?”</p>	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Consultorio privado <input type="checkbox"/> Puesto de salud <input type="checkbox"/> Droguería/consultorio <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Ninguno
4.16	MODI aut	<p>“Generalmente quién tomaba la decisión de consultar los servicios de salud?”</p>	<input type="checkbox"/> El paciente mismo <input type="checkbox"/> El/La esposo/a del paciente <input type="checkbox"/> Los padres del paciente <input type="checkbox"/> Otros familiares del paciente <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconoce
4.17	DEM	<p>“La familia inmigró a esta ciudad (antes de la enfermedad del/ de la niño/a)?”</p> <p><i>[Si respuesta afirmativa, pregunte dónde vivía antes, para asegurarse que fue una migración]</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí, migró <input type="checkbox"/> No migró <input type="checkbox"/> Desconoce
4.18	EPI	<p>“Sabe usted si el niño/a estuvo en otra ciudad los últimos 15 días antes de enfermarse?”</p> <p><i>[Si respuesta afirmativa, liste las ciudades]</i></p>	<input type="checkbox"/> Sí _____ <input type="checkbox"/> No estuvo <input type="checkbox"/> No recuerda/Desconoce

Sección 5: Características de la enfermedad, proceso de búsqueda de atención, de tratamientos proporcionados y de motivos

[Es importante que en esta parte el entrevistado no se sienta juzgado, ya que se puede sentir sensible a la crítica. Es importante demostrar que uno está interesado en las barreras para consultar y no en juzgar al entrevistado.]

5.1 “Quién acompañó al/a la niño/a durante la enfermedad?”

5.2 “Recuerda qué fecha inició la enfermedad?”

Fecha: _____

5.3 “Cuántos días estuvo enfermo/a el/la niño/a?”

5.4 “A los cuántos días consultó después de la aparición de los primeros síntomas?”

[Apoyarse en la siguiente lista de síntomas para ayudar a recordar a la persona los síntomas que el niño/a tuvo]

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Dolor en los ojos
- Diarrea
- Náuseas
- Escalofríos
- Malestar general
- Vómitos
- Dolores musculares
- Dolores articulares
- Puntitos rojos en todo el cuerpo (Petequias)
- Tenía los ojos amarillos (ictericia)
- Le dijeron si tenía los glóbulos blancos bajos
- Supo usted si tenía las plaquetas bajas

- Dolor abdominal intenso
- Vómito persistente
- Sangrado de mucosas
- Letargia y/o irritabilidad

- Dificultad respiratoria
- Alteración de la conciencia

5.5 “Me puede contar cómo empezó la enfermedad?”

[Preguntar en orden cronológico mañana, tarde, noche, primer día de la enfermedad, segundo día, etc. Apoyarse en frases como: “Y después, qué pasó?” “Que más pasó?” “Qué más recuerda?”]

Preguntar por:

- Síntomas
- Qué hizo y por qué
- Tratamientos proporcionados dentro y fuera de la casa
- Quién trató al niño o a la niña, dónde
- Por qué acudió o por qué no acudió servicios de salud
- Cuántos días pasaron hasta consultar servicios de salud
- Tratamientos proporcionados en servicios de salud, qué le dijeron
- Remitieron o no, a dónde y por qué
- Trámites con el seguro, pagos o co-pagos para ser tratado
- Problemas administrativos en la IPS y con la EPS

**Sección 6 : Consulta de servicios de salud
(Ver tabla 2)**

[Escribir en la columna INSTITUCIÓN DE SALUD la lista de los prestadores de servicios que el paciente consultó en orden (hospital, laboratorio, clínica, etc.) No incluye droguería. Repetir las siguientes preguntas por cada institución de salud y llenar tabla]

TABLA 2		INSTITUCIÓN DE SALUD				
		Institución 1	Institución 2	Institución 3	Institución 4	Institución 5
PREGUNTAS		_____	_____	_____	_____	_____
6.1	“Cómo se transportó el/la paciente para ir a la institución de salud?”					
6.2	“Cuánto tiempo se demoró en llegar a la institución de salud?” <i>[En caso de haber sido referido por otra institución anteriormente, preguntar]</i> “Cuánto tiempo se demoró en llegar a la institución de salud <u>desde el momento en que lo refirieron?</u> ”					
6.3	“Cuánto tiempo después de haber llegado a la institución de salud, obtuvo la atención o el tratamiento el/la paciente?”					
6.4	Si es que el/la paciente no fue atendido/a, o tratado/a: “Por qué la institución de salud no lo/la atendió?”					

TABLA 2		INSTITUCIÓN DE SALUD				
		Institución 1	Institución 2	Institución 3	Institución 4	Institución 5
PREGUNTAS		_____	_____	_____	_____	_____
6.5	“Tuvo que pagar para la atención/tratamiento recibida/o?”	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
6.6	“En esta institución de salud, el/la paciente fue referido/a a otra institución de salud?”	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
6.7	“A dónde fue referido el/la paciente?”					
6.8	“Cuál fue el motivo para referir al/a la paciente?”					
6.9	“El/la paciente acudió a la institución de referencia?” Si la respuesta es NO, “por qué el/la paciente no acudió?”	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS

Sección 7: Experiencia con el sistema de salud

7.1	ISS	“Cómo piensa usted que fue la atención de los servicios de salud?”	
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
7.2	ISS	“Quién fue la primera persona que atendió al/ a la niño/a en los servicios de salud?”	<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Estudiante de medicina <input type="checkbox"/> Estudiante de enfermería <input type="checkbox"/> Otro _____
7.3	ISS	“Qué actitud por parte del personal de salud percibió cuando el/la niño/a fue atendido/a?”	
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Sección 8: Costos

8.1	TRAN	“Cuánto tuvo que pagar usted y su familia para gastos de transporte relacionados con la enfermedad del/de la niño/a?”	_____ \$
8.2	FIN	“Cuánto tuvo que pagar usted y su familia por los servicios de salud por la enfermedad del/de la niño/a?” (Laboratorio, hospitalización, consulta, etc.)	_____ \$
8.3	REC	“Cuánto pagó usted y su familia por otros gastos relacionados con la enfermedad del/de la niño/a?” (Hotel, alimentación, aseo, etc.)	_____ \$
8.4	FIN REC	“Tuvo que endeudarse usted o su familia con terceros o dejar de pagar algún servicio de la vivienda para poder costear el tratamiento y/o gastos ocasionados por la enfermedad del/de la niño/a?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce

Sección 9: Antecedentes del paciente			
9.1	SAL	“El/La niño/a presentaba alguna de las siguientes <u>condiciones</u> ?”	Si No NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma/EPOC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿ Otra enfermedad crónica? _____
9.2	SAL	“Sabe usted si el/la niño/a alguna vez se enfermó de dengue antes de esta última vez?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce Cuándo _____
a.		Si la respuesta es afirmativa, “sabe de qué tipo de dengue se enfermó?”	<input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Dengue hemorrágico/Dengue grave
b.	ISS	Si la respuesta es afirmativa, “el/la niño/a consultó a los servicios de salud?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce Cuándo _____
9.3	ISS	“El/La niño/a fue alguna vez hospitalizado/a antes de que se enfermara por dengue?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce Cuándo _____
a.		Si la respuesta es afirmativa, “cuál fue el motivo de hospitalización?”	Motivo: _____
9.4	MED	“El/La niño/a recibió el esquema de vacunación?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
		“Sabe si tuvo que pagar por las vacunas?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce

9.5	MED SAL	“Sabe si el/la niño/a fue vacunado/a por fiebre amarilla?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
Sección 10: Conocimientos			
10.1	CON	“Ha tenido acceso a información sobre el dengue?” Si respuesta afirmativa, “de qué manera?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Personal de salud en comunidad <input type="checkbox"/> Personal de salud en IPS <input type="checkbox"/> Otro _____
10.2	CON	“Ha tenido información sobre las complicaciones del dengue?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
10.3	CON	“Antes de la enfermedad del niño/a, usted sabía sobre las complicaciones del dengue?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
10.4	CON	“Antes de la enfermedad del niño/a, usted sabía que se puede morir por dengue?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce
10.5	PRES	“Antes de que el/la niño/a se enfermara por dengue, hubo presencia por parte del gobierno en alguna actividad para prevenir el dengue?” Si respuesta afirmativa, “qué tipo de actividad?”	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Fumigación <input type="checkbox"/> Campañas masivas de salud (radio, televisión, etc.) <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Otro _____

Sección 11: Datos de la vivienda y condiciones de vida

(lugar donde el/la niño/a vivía)

11.1	MODI	“Cuántas personas residen en esta vivienda?” “Qué edad tienen?”	<input type="checkbox"/> Total de personas <input type="checkbox"/> Menor de 5 años <input type="checkbox"/> Entre 5 y 18 años <input type="checkbox"/> Entre 19 y 64 años <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años
-------------	------	--	--

11.2	MODI	<p>“Quién es la cabeza de la familia?” (jefe del hogar)</p> <p>Sexo</p>	<p>_____</p> <p>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></p>
11.3	REC	<p>“Los salarios de este hogar son:</p> <p><i>[El salario mínimo es 589.500 pesos]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nulo</p> <p><input type="checkbox"/> Menos del salario mínimo mensual vigente</p> <p><input type="checkbox"/> El salario mínimo mensual vigente</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales vigente</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 salarios mínimos mensuales vigente</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 5 salarios mínimos mensuales vigente”</p> <p><input type="checkbox"/> Desconoce</p>
11.4	COND	<p>“Cuántos dormitorios tiene esta vivienda?” (utilizados para dormir)</p>	<p><input type="checkbox"/> Dormitorios</p>
11.5	COND	<p>“Qué tipo de servicios sanitarios posee esta vivienda?”</p>	<p><input type="checkbox"/> Inodoro dentro de la vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Inodoro fuera de la vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Batería sanitaria dentro de la vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Batería sanitaria fuera de la vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Letrina</p> <p><input type="checkbox"/> Hoyo</p> <p><input type="checkbox"/> No hay inodoro (río, arbusto, etc.) /campo abierto</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>
11.6	COND	<p>“Esta vivienda tiene agua potable?”</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
11.7	COND	<p>“Cuál es la principal fuente de agua para el consumo humano?”</p>	<p><input type="checkbox"/> Agua de la llave</p> <p><input type="checkbox"/> Agua embotellada</p> <p><input type="checkbox"/> Agua suministrada por camión</p> <p><input type="checkbox"/> Cisterna de agua (subterráneo)</p> <p><input type="checkbox"/> Agua de superficie (río, lago, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Agua de la lluvia</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>
11.8	AMB	<p>“Hay fuentes importantes de agua cerca de esta vivienda?” Ejemplo: lagos, ríos, piscinas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

11.9	COND	“Cuál es el método principal de eliminación de residuos (basura)?”	<input type="checkbox"/> Botadero de basura/basurero <input type="checkbox"/> Río <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Zanja/Fosa/Alcantarillado <input type="checkbox"/> Hoyo privado <input type="checkbox"/> Hoyo público <input type="checkbox"/> Servicios de eliminación de desechos/recolección de basura <input type="checkbox"/> Combustión/quemar <input type="checkbox"/> Ningún lugar designado/Por todas partes <input type="checkbox"/> Otro _____
[Para las siguientes preguntas, pedir permiso al entrevistado para observar algunas características de la vivienda]			
11.10	COND	<i>[Entrevistador: Observar la presencia de residuos alrededor de la vivienda (peridomicilio)]</i>	<input type="checkbox"/> Sí hay residuos <input type="checkbox"/> No hay residuos
11.11	COND	<i>[Entrevistador: Observar de qué material está hecho el piso.]</i>	<input type="checkbox"/> Tierra (lodo, arena) <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Tablas de madera <input type="checkbox"/> Madera pulida/lustrada <input type="checkbox"/> Baldosa/cerámica <input type="checkbox"/> Otro _____
11.12	COND	<i>[Entrevistador: Observar de qué material está hecho el techo.]</i>	<input type="checkbox"/> Láminas de zinc (metal) <input type="checkbox"/> Tejas <input type="checkbox"/> Láminas de eternit <input type="checkbox"/> Plancha (cemento) <input type="checkbox"/> Paja <input type="checkbox"/> Carpas (plástico) <input type="checkbox"/> Cartón <input type="checkbox"/> Madera
11.13	COND	<i>[Entrevistador: Observar de qué material están hechas las paredes.]</i>	<input type="checkbox"/> Láminas de zinc (metal) <input type="checkbox"/> Ladrillo <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Lodo/tierra <input type="checkbox"/> Cartón <input type="checkbox"/> Paja <input type="checkbox"/> Cemento
11.14	TRAN	<i>[Entrevistador: Observar las vías de acceso hacia la vivienda.]</i>	<input type="checkbox"/> Carretera/Autopista <input type="checkbox"/> Calle pavimentada <input type="checkbox"/> Calle no pavimentada <input type="checkbox"/> Camino de tierra <input type="checkbox"/> No hay calle <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Vías con riesgo de inundación

11.15	COND	<p>“Me podría decir si es que en la vivienda generalmente hay:</p> <p><i>[verificar con observación]</i></p> <p><i>En el caso afirmativo, “Éstos están generalmente tapados o no?”</i></p>	<p>Tanques o pilas de agua fuera de la vivienda <input type="checkbox"/></p> <p>Tanques o pilas de agua dentro de la vivienda <input type="checkbox"/></p> <p>Floreros <input type="checkbox"/></p> <p>Otros recipientes con agua” <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sí están tapados</p> <p><input type="checkbox"/> No están tapados</p>	<p>SÍ NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
11.16	COND	<p>“En la vivienda generalmente se usa:?”</p> <p><i>[Verificar con observación]</i></p>	<p>Toldillos/mosquiteros <input type="checkbox"/></p> <p>Angeos <input type="checkbox"/></p> <p>Mallas en las puertas <input type="checkbox"/></p> <p>Otro _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>SÍ NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
11.17	COND	<p>“Qué métodos caseros utilizan para controlar los mosquitos?”</p>	<p><input type="checkbox"/> Insecticidas</p> <p><input type="checkbox"/> Raqueta/malla eléctrica</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p>	