

Screening Documentation Form

SDF

v.1.0 05Apr19 Spanish

Formato de Documentación de Tamizaje									
Código de tamizaje			L	L	L	N	N	N	N
Nombre:									
Primer nombre		Segundo nombre		Apellido paterno			Apellido materno		
Fecha de nacimiento		DD / MM / YY		Fecha de tamizaje			DD / MM / YY		
1. Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ oral, timpánica, o rectal; $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ axilar									
								Si	No
2. Documentada por el paciente									
								Si	No
3. Documentada por el personal en el centro de salud									
								Si	No
4. Documentada dentro de las 24 horas de inclusión									
								Si	No
5. Sin fiebre actualmente, pero con evidencia clínica de una enfermedad infecciosa sistémica									
								Si	No
6. Edad de 2 años o mayor									
								Si	No
7. Acepto voluntariamente a participar del estudio									
								Si	No
8. Menor de edad o persona sin capacidad para tomar decisiones, o enfermo crítico									
								Si	No
9. Fiebre por más de 15 días									
								Si	No
10. Evidencia clínica o de laboratorio de una infección piógena, por hongos, o parásitos como causa de la fiebre aguda									
								Si	No
11. Infección localizada identificada									
								Si	No
Circule todas las que apliquen: O otitis media -- O sinusitis -- O faringitis purulenta -- O celulitis -- O infección urinaria -- O absceso dentario -- O monoartritis séptica -- O enfermedad pélvica inflamatoria -- O peritonitis.									
Otro: (especifique)									
12. El sujeto no desea o no puede proveer especímenes en la fase agudo o convaleciente									
								Si	No
13. Proporcionó consentimiento informado/lo firmó									
								Si	No
14. Proporcionó asentimiento									
								Si	No

Acute Illness Visit Data Collection Form

AIV

v.1.0 05apr19 Spanish

Ficha de Colección de Información para la Visita de Enfermedad Aguda [AIV]		Código de estudio	L	L	L	N	N	N	N	
		Fecha de visita	D	D	M	M	M	Y	Y	
Dirección (considere dibujar un mapa en el anverso)									Comentarios:	
Dirección: _____ Comunidad: _____ Distrito: _____ Punto de referencia: _____ Nombre de su vecino: _____ Números de teléfono _____										
Datos demográficos										
Edad:	_____ años	Sexo:	O Femenino	O Masculino						
Educación:	_____ años	Embarazada:	O Si	O No	O Desconocido	O NA				
Reside en el área:	_____ meses	Ocupación:	_____ ¿Empleado? O Si O No							
Información Clínica										
Duración de síntomas:	_____ Días	Curso de enfermedad	O Gradual	O Súbito						
Duración de fiebre	_____ Días	Temperatura en casa	_____ °C	O N/A						
Síntomas desde el inicio de la enfermedad										
Generales										
Fiebre nocturna	O Si	O No	Fiebre matutina	O Si	O No					
Fiebre en la tarde	O Si	O No	Fiebre todo el día	O Si	O No					
Escalofríos	O Si	O No	Sudoración regional	O Si	O No					
Malestar	O Si	O No	Fatiga	O Si	O No					
Anorexia	O Si	O No	Postración	O Si	O No					
Insomnio	O Si	O No	Cambio agudo de visión	O Si	O No					
Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta										
Dolor retro-ocular	O Si	O No	Fotofobia	O Si	O No					
Conjuntivitis	O Si	O No	Hemorragia conjuntival	O Si	O No					
Quemosis	O Si	O No	Sufusión conjuntival	O Si	O No					
Úlcera oral	O Si	O No	Congestión nasal	O Si	O No					
Odinofagia	O Si	O No	Disfagia	O Si	O No					
Respiratorio										
Sibilantes	O Si	O No	Tos	O Si	O No					
Hemoptisis	O Si	O No	disnea (reposo)	O Si	O No					
disnea (esfuerzo)	O Si	O No	Dolor pleurítico	O Si	O No					
Cardiovascular										
Dolor precordial	O Si	O No	Palpitaciones	O Si	O No					
Dolor pericárdico	O Si	O No	Ortopnea	O Si	O No					
Gastrointestinal										
Nausea	O Si	O No	Vómitos	O Si	O No					
Dolor abdominal	O Si	O No	Dolor en hipocondrio D	O Si	O No					
Diarrea (acuosa)	O Si	O No	Diarrea (con sangre)	O Si	O No					
Coluria	O Si	O No	Constipación	O Si	O No					
Urinarios										
Disuria	O Si	O No	Hematuria	O Si	O No					
Piel										
Exantema (maculas)	O Si	O No	Exantema (papular)	O Si	O No					

Acute Illness Visit Data Collection Form

AIV

v.1.0 05apr19 Spanish

Exantema (mac/pap)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Exantema (petequias)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Palidez	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Ictericia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Equimosis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Cianosis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Musculoesquelético					
Mialgia (piernas)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Mialgia (axial)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Mialgia (brazos)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Mialgia (difusa)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Artralgia (tobillos)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Artralgia (rodillas)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Artralgia (axial)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Artralgia (muñecas)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Artralgia (manos)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Artralgia (difusa)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Artralgia (severa)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Artralgia (simétrica)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Neurológico					
Cefalea (frontal)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Cefalea (occipital)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Cefalea (global)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Cefalea (severa)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Alteración sensorio	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Convulsiones	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Hematológico					
Sangrado (vaginal)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Sangrado (encías)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Hematoquecia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Hematemesis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Melena	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No			
Signos en el examen físico					
Vitales:			Peso:		Kg
Temperatura	___ °C		Presión arterial	___/___ mmHg	Estatura 1: cm
Frec. respiratoria	___ x'		Frec. Cardiac	___ x'	Estatura 2: cm
Generales					
Alerta	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Angustia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Agitación	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Somnolencia/estupor	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Coma	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Delirio	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Enrojecido/caliente	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Frio/sudoroso	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Cabeza, ojos, oídos, nariz, y garganta					
Ictericia de escleras	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Conjuntivitis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Quemosis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Hipopion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ulceras orales	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Enantema	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Sangrado de encías	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Membranas faríngeas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Placas faríngeas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Exudados faríngeos	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Piel					
Exantema (macular)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Exantema (papular)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Exantema (mac/pap)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Exantema (petequial)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Petequias	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Ectoparásitos (piojos)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ectoparásitos (garrapata)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Ectoparásitos (pulgas)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Equimosis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Sangrado en venipuntura	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Signo del torniquete	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Palidez	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ictericia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Sequedad	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Linfáticos					
Ganglio linfático (cuello)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Ganglio linfático (epitrocle)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ganglio linfático (axila)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Ganglio linfático (difuso)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Pulmones					

Acute Illness Visit Data Collection Form

AIV

v.1.0 05apr19 Spanish

Crepitantes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Disminución de murmullo	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Sibilantes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Derrame pleural (egofonía)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Cardiovascular					
Soplo cardíaco	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Ritmo irregular	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Frote pericárdico	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Desplazamiento del ápex	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Edema MMII	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Ingurgitación yugular	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Abdomen					
Dolor abdominal	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Dolor de rebote	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Signos peritoneales	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Hepatomegalia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No Tamaño __cm
Esplenomegalia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Masa abdominal	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ascitis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Distensión abdominal	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Genitourinario					
Orquitis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Dolor costovertebral	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Musculoesquelético					
Artritis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Disminución de rango	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Tenosinovitis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Dolor vertebral	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Neurológico					
Déficit motor	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Parestesias	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Disestesia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Anestesia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Anisocoria	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Rigidez de nuca	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Signo Brudzinski	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Signo Kernig	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Comentarios: _____ _____ _____					
Enfermedad previa (describir) _____					
Medicaciones en las últimas 48 horas _____					
Desde que empezó la fiebre	<input type="radio"/> Incapacitado total	<input type="radio"/> Alguna actividad, no trabajo	<input type="radio"/> Actividades normales		
Su enfermedad	<input type="radio"/> Causo pérdida de ingresos	<input type="radio"/> Causo gastos médicos	<input type="radio"/> No causo gastos		
Usted perdió	<input type="radio"/> trabajo	<input type="radio"/> escuela	<input type="radio"/> actividades de la casa		
¿Cuántos días de cada uno perdió por su enfermedad?					
Información epidemiológica					
Contacto con enfermos en últimas 4 semanas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Sitio de contacto	<input type="radio"/> Casa	<input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Calle
Viajes en últimas 4 semanas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Duración:	(días)	
Tipo de viaje	<input type="radio"/> Local	<input type="radio"/> Regional	<input type="radio"/> Internacional	Ambiente:	<input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbano
Región	<input type="radio"/> Selva	<input type="radio"/> Costa	<input type="radio"/> Altura	¿Dónde se quedó?	<input type="radio"/> Carpa <input type="radio"/> Cuarto
Actividades de viaje	<input type="radio"/> Navegar río	<input type="radio"/> Minería	<input type="radio"/> Comercio	<input type="radio"/> Caza	<input type="radio"/> Cultivo
Exposiciones	<input type="radio"/> Roedores	<input type="radio"/> Ganado	<input type="radio"/> Pájaros	<input type="radio"/> Polvo/guano	<input type="radio"/> Agua dulce <input type="radio"/> Murciélagos
Exposición insectos	<input type="radio"/> Mosquitos	<input type="radio"/> Pulgas	<input type="radio"/> Piojos	<input type="radio"/> Garrapatas	
Comentarios _____					
Malaria Test Rápido	<i>P. falciparum</i>	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<i>P. vivax</i>	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Hemograma completo	<i>Hb</i>	<i>Glóbulos blancos</i>		<i>Abastoados</i>	<i>N E L M</i>
	<i>Plaquetas</i>	<i>Recuento diferencial</i>			

Acute Illness Visit Data Collection Form**AIV****v.1.0 05apr19 Spanish**

Panel metabólico básico	<i>Na⁺</i>	<i>K⁺</i>	<i>Cl⁻</i>	<i>Urea</i>	<i>Creatinina</i>		
Pruebas de función hepática	<i>TGO</i>	<i>TGP</i>	<i>Fosfatasa alcalina</i>	<i>Proteína total</i>	<i>Albumina</i>		
	<i>Bilirrubina total</i>		<i>Bilirrubina directa</i>				
Examen de orina completo	<i>pH</i>	<i>WBC</i>	<i>RBC</i>	<i>Nitratos</i>	<i>Estearasa</i>	<i>Proteína</i>	<i>Sangre</i>
Radiografía de pulmones	<i>O Normal</i>		<i>O Anormal (describir)</i>				
¿Admisión al hospital? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Describir el curso							
Desenlace de la admisión <input type="radio"/> Alta domiciliaria <input type="radio"/> Fallecimiento <input type="radio"/> Transferencia a nivel superior							
¿Resultados de autopsia? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Describir hallazgos							

Índice de probabilidad de pobreza específico para Perú PPI Perú			Puntaje
1. Cuantos miembros tiene su hogar?	A. Siete o mas B. Seis C. Cinco D. Cuatro E. Tres F. Dos G. Uno	0 7 12 17 22 27 34	
2. ¿En la última semana, cuantos miembros de su hogar de 14 a más años tuvieron que trabajar? (sin contar labores domesticas)	A. Uno o ninguno B. Dos C. Tres D. Cuatro o mas	0 2 6 9	
3. ¿Cuál es el nivel educativo más alto completado por la mujer jefa de hogar o esposa?	A. Ninguno, preescolar, o jardín B. Primaria (incompleta) C. Primaria (completa) o secundaria (incompleta) D. No hay mujer jefa de hogar o esposa E. Secundaria (completa) o Superior técnica (incompleta) F. Superior técnica (completa), o más alta	0 3 4 6 7 13	
4. ¿Cuántas habitaciones de la casa se usan para dormir?	A. Ninguna B. Una C. Dos D. Tres o mas	0 2 4 8	
5. ¿Cuál es el material principal de las paredes exteriores de su casa?	A. Barro, esteras, ramas, y arcilla, adobe, piedra con barro, u otros B. Madera, piedra, bloques de piedra con cemento, ladrillos o bloques de cemento	0 4	
6. ¿Qué combustible se usa en su casa con más frecuencia para cocinar?	A. Carbón, kerosene, u otro B. Leña C. Gas (GLP o natural), electricidad, o no cocina	0 3 7	
7. ¿Tiene en su hogar un refrigerador o congelador?	A. No B. Si	0 3	
8. ¿Tiene en su casa una licuadora?	A. No B. Si	0 6	
9. ¿Cuántos televisores a color tiene en su hogar?	A. Ninguno B. Uno C. Dos o mas	0 5 9	
10. ¿Tiene en su casa un teléfono celular?	A. No B. Si	0 7	
PUNTAJE TOTAL			

Acute Illness Visit Data Collection Form
AIV

v.1.0 05apr19 Spanish

Convalescent Visit Data Collection Form CVDCF

v.1.0 05apr19 Spanish

Formato de Colección de Información de la Visita de Convaleciente (CVDCF)		Código de estudio	L	L	L	N	N	N	N	
		Fecha de visita	D	D	M	M	M	Y	Y	
Fecha de la visita aguda										
Información Clínica										
Duración total de síntomas	Días	O No resuelto (complete sección síntomas agudos)				O Síntomas nuevos (complete sección nuevos síntomas)				
Duración total de fiebre	Días	O No resuelto								
Síntomas agudos todavía presentes en la visita convaleciente										
Generales										
Fiebre nocturna	O Si	O No	Fiebre matutina	O Si	O No					
Fiebre en la tarde	O Si	O No	Fiebre todo el día	O Si	O No					
Escalofríos	O Si	O No	Sudoración regional	O Si	O No					
Malestar	O Si	O No	Fatiga	O Si	O No					
Anorexia	O Si	O No	Postración	O Si	O No					
Insomnio	O Si	O No	Cambio agudo de visión	O Si	O No					
Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta										
Dolor retro-ocular	O Si	O No	Fotofobia	O Si	O No					
Conjuntivitis	O Si	O No	Hemorragia conjuntival	O Si	O No					
Quemosis	O Si	O No	Sufusión conjuntival	O Si	O No					
Úlcera oral	O Si	O No	Congestión nasal	O Si	O No					
Odinofagia	O Si	O No	Disfagia	O Si	O No					
Respiratorio										
Sibilantes	O Si	O No	Tos	O Si	O No					
Hemoptisis	O Si	O No	disnea (reposo)	O Si	O No					
disnea (esfuerzo)	O Si	O No	Dolor pleurítico	O Si	O No					
Cardiovascular										
Dolor precordial	O Si	O No	Palpitaciones	O Si	O No					
Dolor pericárdico	O Si	O No	Ortopnea	O Si	O No					
Gastrointestinal										
Nausea	O Si	O No	Vómitos	O Si	O No					
Dolor abdominal	O Si	O No	Dolor en hipocondrio D	O Si	O No					
Diarrea (acuosa)	O Si	O No	Diarrea (con sangre)	O Si	O No					
Coluria	O Si	O No	Constipación	O Si	O No					
Urinarios										
Disuria	O Si	O No	Hematuria	O Si	O No					
Piel										
Exantema (maculas)	O Si	O No	Exantema (papular)	O Si	O No					
Exantema (mac/pap)	O Si	O No	Exantema (petequias)	O Si	O No					
Palidez	O Si	O No	Ictericia	O Si	O No					
Equimosis	O Si	O No	Cianosis	O Si	O No					
Musculoesquelético										
Mialgia (piernas)	O Si	O No	Mialgia (axial)	O Si	O No					
Mialgia (brazos)	O Si	O No	Mialgia (difusa)	O Si	O No					
Artralgia (tobillos)	O Si	O No	Artralgia (rodillas)	O Si	O No					
Artralgia (axial)	O Si	O No	Artralgia (muñecas)	O Si	O No					
Artralgia (manos)	O Si	O No	Artralgia (difusa)	O Si	O No					

Convalescent Visit Data Collection Form CVDCF

v.1.0 05apr19 Spanish

Artralgia (severa)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Artralgia (simétrica)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Neurológico					
Cefalea (frontal)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Cefalea (occipital)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Cefalea (global)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Cefalea (severa)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Alteración sensorio	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Convulsiones	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Hematológico					
Sangrado (vaginal)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Sangrado (encías)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Hematoquecia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Hematemesis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Nuevos síntomas que empezaron después de la visita aguda					
General					
Fiebre nocturna	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Fiebre matutina	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Fiebre en la tarde	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Fiebre todo el día	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Escalofríos	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Sudoración regional	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Malestar	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Fatiga	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Anorexia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Postración	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Insomnio	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Cambio agudo de visión	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta					
Dolor retro-ocular	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Fotofobia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Conjuntivitis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Hemorragia conjuntival	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Quemosis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Sufusión conjuntival	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Úlcera oral	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Congestión nasal	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Odinofagia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Disfagia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Respiratorio					
Sibilantes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Tos	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Hemoptisis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	disnea (reposo)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Disnea (esfuerzo)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Dolor pleurítico	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Cardiovascular					
Dolor precordial	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Palpitaciones	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Dolor pericárdico	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Ortopnea	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Gastrointestinal					
Nausea	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Vómitos	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Dolor abdominal	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Dolor en hipocondrio D	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Diarrea (acuosa)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Diarrea (con sangre)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Coluria	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Constipación	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Urinarios					
Disuria	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Hematuria	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Piel					
Exantema (maculas)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Exantema (papular)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Exantema (mac/pap)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Exantema (petequias)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Palidez	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Ictericia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Equimosis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Cianosis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Musculoesquelético					
Mialgia (piernas)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Mialgia (axial)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Mialgia (brazos)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Mialgia (difusa)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Artralgia (tobillos)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Artralgia (rodillas)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Artralgia (axial)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Artralgia (muñecas)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Convalescent Visit Data Collection Form CVDCF

v.1.0 05apr19 Spanish

Artralgia (manos)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Artralgia (difusa)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Artralgia (severa)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Artralgia (simétrica)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Neurológico					
Cefalea (frontal)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cefalea (occipital)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cefalea (global)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cefalea (severa)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Alteración sensorio	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Convulsiones	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Hematológico					
Sangrado (vaginal)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Sangrado (encías)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Hematoquecia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Hematemesis	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Signos en el examen físico					
Vitales:					Peso: Kg
Temperatura	° C		Presión arterial	/ mmHg	Estatura 1: cm
Frec. respiratoria	x'		Frec. cardiaca	x'	Estatura 2: cm
General					
Alerta	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Angustia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Agitación	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Somnolencia/estupor	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Coma	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Delirio	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Enrojecido/caliente	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Frio/sudoroso	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cabeza, ojos, oídos, nariz, y garganta					
Ictericia de escleras	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Conjuntivitis	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Quemosis	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Hipopion	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Ulceras orales	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Enantema	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Sangrado de encías	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Membranas faríngeas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Placas faríngeas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Exudados faríngeos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Piel					
Exantema (macular)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Exantema (papular)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Exantema (mac/pap)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Exantema (petequial)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Petequias	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Ectoparásitos (piojos)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Ectoparásitos (garrapata)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Ectoparásitos (pulgas)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Equimosis	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Sangrado en venipuntura	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Signo del torniquete	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Palidez	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Ictericia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Sequedad	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Linfáticos					
Ganglio linfático (cuello)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Ganglio linfático (epitrocl)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Ganglio linfático (axila)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Ganglio linfático (difuso)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Pulmones					
Crepitantes	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Disminución de murmullo	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Sibilantes	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Derrame pleural (egofonía)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cardiovascular					
Soplo cardiaco	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Ritmo irregular	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Convalescent Visit Data Collection Form CVDCF

v.1.0 05apr19 Spanish

Frote pericárdico	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Desplazamiento del ápex	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Edema MMII	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Ingurgitación yugular	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Abdomen					
Dolor abdominal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Dolor de rebote	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Signos peritoneales	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Hepatomegalia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No Tamaño __ cm
Esplenomegalia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Masa abdominal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Ascitis	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Distensión abdominal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Genitourinario					
Orquitis	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Dolor costovertebral	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Musculoesquelético					
Artritis	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Disminución de rango	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tenosinovitis	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Dolor vertebral	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Neurológico					
Déficit motor	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Parestesias	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Disestesia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Anestesia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Anisocoria	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Rigidez de nuca	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Signo Brudzinski	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Signo Kernig	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Alguno de los miembros del hogar ha sufrido de los mismos síntomas que el sujeto?					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si respondió "Sí", ¿Cuántos tuvieron síntomas? Explique la relación con el sujeto					
¿Alguno de los vecinos ha sufrido de los síntomas que el sujeto?					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si respondió "Sí", ¿Cuántos tuvieron síntomas? Explique la relación con el sujeto					
¿Alguno de los miembros de la comunidad ha sufrido de los mismos síntomas que el sujeto?					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si respondió "Sí", ¿Cuántos tuvieron síntomas? Explique la relación con el sujeto					
Comentarios: _____ _____ _____					
Medicaciones en las últimas 48 horas					
Cuestionario HALex					
The Health and Activity Limitation Index - Quality of Life Research 1998;7:101-113					
Versión para adultos					
1. Diría usted que en general su salud es:					
a. Excelente					1
b. Muy buena					2
c. Buena					3
d. Aceptable					4
e. Mala					5
(No lea las respuestas siguientes)					
No sabe/No está seguro(a)					7
Rehusó contestar					9
Sección A: Edades 18–69 años					
1. ¿Que estuvo haciendo usted la mayor parte del tiempo en los últimos 12 meses?					
a. Trabajando o haciendo negocios					1

Convalescent Visit Data Collection Form CVDCF

v.1.0 05apr19 Spanish

b. Haciendo labores domésticas (vaya a la pregunta 4)	2
c. Yendo a la escuela/universidad (vaya a la pregunta 6)	3
d. Algo distinto (vaya a la pregunta 6)	4
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
2. ¿Hay alguna discapacidad o problema de salud que actualmente le impida trabajar en un empleo o negocio?	
a. Si (Vaya a la pregunta 9)	1
b. No	2
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
3. ¿Está usted limitado en el tipo o cantidad de trabajo que puede realizar debido a una discapacidad o problema de salud?	
a. Si (Vaya a la pregunta 9)	1
b. No (Vaya a la pregunta 8)	2
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
4. ¿Hay alguna discapacidad o problema de salud que le impida de cualquier manera hacer sus labores domésticas?	
a. Yes (Go to Q. 6)	1
b. No	2
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
5. ¿Está usted limitado de alguna manera en el tipo y cantidad de trabajo doméstico que usted puede realizar debido a una discapacidad o problema de salud?	
a. Yes	1
b. No	2
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
6. ¿Hay una discapacidad o problema de salud que le impida trabajar en un empleo o negocio?	
a. Si (Vaya a la pregunta 9)	1
b. No	2
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
7. ¿Está usted limitado en el tipo o cantidad de trabajo que podría hacer debido a una discapacidad o problema de salud?	
a. Si (Vaya a la pregunta 9)	1
b. No	2
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
Si respondió "Si" a las preguntas 4 o 5, vaya a la pregunta 9	
8. ¿Está usted limitado en cualquier forma para realizar cualquier actividad debido a cualquier discapacidad o problema de salud?	
a. Si	1
b. No (Vaya al texto de cierre del cuestionario)	2

Convalescent Visit Data Collection Form CVDCF

v.1.0 05apr19 Spanish

No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
9. ¿Debido a cualquier discapacidad o problema de salud, usted necesita ayuda de otras personas para su cuidado personal como comer, bañarse, vestirse, o moverse alrededor de la casa?	
a. Si	1
b. No	2
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
10. ¿Debido a cualquier discapacidad o problema de salud, usted necesita ayuda de otras personas para manejar sus actividades diarias como tareas de la casa, negocios, ir de compras, o salir a la calle por otros propósitos?	
a. Si (Vaya al texto de cierre del cuestionario)	1
b. No (Vaya al texto de cierre del cuestionario)	2
No sabe/No está seguro(a) (Vaya al texto de cierre del cuestionario)	7
Rehusó contestar (Vaya al texto de cierre del cuestionario)	9
Sección B: Edades 70 años y mayores	
11. ¿Debido a cualquier discapacidad o problema de salud, usted necesita ayuda de otras personas para su cuidado personal como comer, bañarse, vestirse, o moverse alrededor de la casa?	
a. Si	1
b. No	2
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
12. ¿Debido a cualquier discapacidad o problema de salud, usted necesita ayuda de otras personas para manejar sus actividades diarias como tareas de la casa, negocios, ir de compras, o salir a la calle por otros propósitos?	
a. Si (Vaya al texto de cierre del cuestionario)	1
b. No	2
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9
13. ¿Está usted limitado en cualquier forma para realizar cualquier actividad debido a cualquier discapacidad o problema de salud?	
a. Si	1
b. No	2
No sabe/No está seguro(a)	7
Rehusó contestar	9