**Proyecto *EMERGE*ncy ID NET CRASHED**

**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO**

*Se debe llamar a todos los participantes aproximadamente a los 45 días (+/- 10 días) después de la inscripción. Registre todos los intentos de llamada en un registro. Si no puede realizar una visita, complete la primera pregunta en este formulario y anote el motivo de la ausencia de visita. Revise el formulario de inscripción del participante para que pueda utilizarlo como orientación para la pregunta 2a (recuérdeles el número de días que informaron tener la erupción en ese momento) y la pregunta 3. Las preguntas 8 a 10 son para participantes de 16 años y más.*

1. Se completó el seguimiento telefónico:

☐ Sí (continuar a nro. 2)

☐ No se pudo completar el seguimiento

1a. Si no se pudo completar el seguimiento, especifique el motivo:

☐ Enfermedad o lesión del participante

☐ El participante se rehusó

☐ Dificultades para programarlo

☐ No se pudo contactar

☐ Otro (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿La erupción que usted (o su hijo) tuvo hace aproximadamente 5 o 6 semanas cuando acudieron a la sala de emergencias, a la que me voy a referir como “su primera visita a la sala de emergencias”, desapareció completamente?

No

Sí

Se rehusó a contestar

2a. En caso afirmativo, ¿durante cuantos días en total usted (o su hijo) tuvo la erupción desde el inicio hasta que despareció? *(El coordinador del centro puede recordar/orientar al participante en la cantidad de días que informaron haber tenido la erupción al momento de la inscripción)*

\_\_\_\_\_\_\_días

2b. Si la respuesta es no, ¿cómo diría usted que luce su erupción (o la de su hijo) ahora en comparación con su primera visita a la sala de emergencias?

Mejor

Aproximadamente igual

Peor

1. ¿Todos los síntomas iniciales tanto de usted (o de su hijo), además de la erupción, desaparecieron por completo? *(El coordinador del centro debe volver a comprobar qué síntomas se informaron al momento de la inscripción).*

No

Sí

☐ No informó otros síntomas en la inscripción

Se rehusó a contestar

3a. Si la respuesta es no, ¿cuáles de los siguientes síntomas todavía tiene usted (o su hijo)? (*El coordinador del centro debería leer los síntomas que el paciente informó en la inscripción y marcar todos los que todavía apliquen*)

Fiebre

Escalofríos

Dolores corporales o dolores musculares

Sentir cansancio o fatiga

Dolor de cabeza

Nariz tapada o congestionada

Dolor de garganta

Tos

Ganglios inflamados del cuello, axilas o área inguinal (partes íntimas)

Molestia o dolor al orinar, u orinar con más frecuencia de la habitual o tener una fuerte necesidad de orinar

Molestia en el trasero cuando va al baño a evacuar el intestino

Sentir que tiene una gran necesidad de ir al baño para evacuar el intestino, incluso si en realidad no existe tal necesidad

Líquido o fluido que sale del trasero

Líquido o fluido que sale de la vagina o pene (más de lo normal)

Dolor o molestia en la zona baja del abdomen

Dolor o molestia al tener sexo (***solo para quienes tienen 16 años y más***)

Otros síntomas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Desarrolló usted (o su hijo) otra erupción después de su primera visita a la sala de emergencias?

No

Sí

Se rehusó a contestar

1. ¿Cuántos días en total usted (o su hijo) no pudo hacer las actividades normales debido a su enfermedad?

\_\_\_\_\_ días

*(Si pudieron hacer las actividades cotidianas normales incluso enfermos, entonces escriba ‘0’).*

1. Desde la primera visita a la sala de emergencias, ¿alguien con quien usted (o su hijo) vive tuvo una erupción similar?

No

Sí

Se rehusó a contestar

6a. En caso afirmativo, ¿cuántos adultos de 18 años y más?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuántos niños de menos de 18 años?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*escriba ‘0’ si es ninguno*)

1. Desde la primera visita a la sala de emergencias, ¿necesitó usted (o su hijo) ir al médico u obtener más atención médica para sus síntomas?

No

Sí

Se rehusó a contestar

7a. En caso afirmativo, ¿cuántas visitas al médico usted (o su hijo) realizó por la enfermedad?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7b. En caso afirmativo, ¿el médico le prescribió a usted (o a su hijo) algún medicamento?

Sí, especifique qué medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí, pero no recuerdo cuál era el nombre

No

7c. En caso afirmativo, ¿usted (o su hijo) tuvo que quedarse en el hospital debido a la enfermedad?

Sí

No

7d. En caso afirmativo, ¿usted (o su hijo) obtuvo un resultado positivo de la prueba de viruela del mono (también conocida como viruela símica o Mpox, en inglés) en alguna de estas visitas?

Sí

No/No se realizó una prueba

No sé

**Las preguntas siguientes son para participantes de 16 años o más:**

1. Desde la primera visita a la sala de emergencias, ¿se ha dado una vacuna para protegerse contra Mpox (también conocida como viruela símica)?

No o no está seguro

Sí

Se rehusó a contestar

8a. En caso afirmativo, ¿qué tipo de vacuna (inyección) le dieron y cuándo se la dieron?

Imvanex/ACAM2000, fecha (mm/dd/aaaa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imvamune/JYNNEOS, fecha: (mm/dd/aaaa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8a1. ¿Fue esta su primera o su segunda dosis?

Primera dosis

Segunda dosis

No estoy seguro cuál fue la dosis

Vacuna contra Mpox desconocida, fecha: (mm/dd/aaaa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Desde la primera visita a la sala de emergencias, ¿le han dicho que tiene un nueva infección que puede transmitirse a través de la relación sexual (también conocida como infección de transmisión sexual o “STD”, por sus siglas en inglés)?

No

Sí

Se rehusó a contestar

9a. En caso afirmativo, marque a continuación con cuál de las infecciones le diagnosticaron:

Clamidia

Gonorrea

Herpes

Sífilis

VIH

Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No sé

Se rehusó a contestar

1. Desde su primera visita a la sala de emergencias, ¿alguna de las personas con las que tuvo contacto íntimo (sexo) tuvo una infección similar?

No he tenido parejas sexuales desde la primera visita a la sala de emergencias

No

Sí

Se rehusó a contestar

10a. En caso afirmativo, ¿cuántas mujeres presentaron una infección similar?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuántos hombres presentaron una infección similar?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*escriba ‘0’ si es ninguno*)

**Comentarios (utilice este espacio para cualquier comentario o pregunta):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Form Completed by MM DD YYYY