

< Cerrar

SD_RE Resumen de formularios de la encuesta

ResFor

relevamiento sin empezar

- Observaciones



- Anote las visitas que haya realizado a la vivienda:

agregar

Listo ✓

- Total visitas



contacto ¿Alguna persona residente en la vivienda accedió a responder la encuesta?

☐ Sí → Fecha

☐ No

Razón Razón por la cual no se realizó la entrevista

☐ La vivienda está deshabitada → fin

☐ La vivienda está demolida → fin

☐ La vivienda se usa solo los fines de semana o muy esporádicamente → fin

☐ La vivienda está en construcción y allí no vive nadie → fin

- La vivienda se usa como establecimiento y no tiene uso residencial → fin
- En la dirección de referencia no se encuentra la vivienda especificada → fin
- Los habitantes de la vivienda están ausentes → fin
- Los habitantes de la vivienda rechazan ser entrevistados → fin
- Otras causas
(especificar)

—

→ fin



Fecha Fecha de realización

—



D1 Tipo de vivienda
(Observacional)

- Vivienda en villa o asentamiento
- Casa o departamento (en marco general de domicilios)
- Pieza de inquilinato/conventillo o de hotel/pensión (en marco general de domicilios)
- Otro (en marco general de domicilios)

D2 ¿Alguna persona residente en esta vivienda fue diagnosticada con DENGUE alguna vez?

- Sí
- No

D3 En esta vivienda, ¿reside al menos una persona de 18 años de edad, o más?

- ☐ Sí
- ☐ No →fin

Resid **RESIDENTES EN LA VIVIENDA**

Residentes Por favor, nombre todas las personas que residen en esta vivienda, empezando por usted. No se olvide de bebés, niñas y niños.

✓

agregar +

Listo ✓

TOTAL_M Total de residentes en la vivienda

✓

- Respondiente nombre

SELECCIÓN DE UNA PERSONA RESIDENTE EN LA VIVIENDA, DE 18 AÑOS O MÁS

SORTEO ¿Esas son todas las personas que residen en la vivienda (incluidas las ausentes)?

- ☐ Sí, son todas. Proceder al sorteo.
- ☐ No, faltó anotar a alguien →total_m

TP Total de personas en el rango de edad

✓

MS Número de componente seleccionado/a de 18 años o más

✓

MSNOMBRE Nombre de componente seleccionado/a de 18 años o más

✓

agregar +

Listo ✓

< Cerrar

[← Volver](#)

SD_VIS Visitas a la vivienda

Fecha visita

_____ 

Hora

Anotación

_____ 

[← Volver](#)

[< Volver](#)

SD_S1_P Persona

P1

Nombre o sobrenombre

☐

P2

Sexo

(Declarado por el encuestado/a)

☐ Varón

☐ Mujer

P3

¿Cuántos años cumplidos tiene en este momento?

(Si tiene menos de un año, anote 0)

☐

LP

¿Se encuentra presente en este momento?

(Sólo para 18 años o más en dominio Villa)

☐ Sí

☐ No

[< Volver](#)

[< Volver](#)

SD_I1 Individual

Resp_ind PERSONA SELECCIONADA DE 18 AÑOS O MÁS

BLOQUE INDIVIDUAL.

Persona seleccionada de 18 años o más

MSI Respondiente número

MSNOMBREI Nombre

MSEDADI Edad

ENTREAIND Apertura de entrevista individual

☐ Sí →SD1

☐ No

☐ Pendiente

NOREAIND RAZÓN DE NO RESPUESTA INDIVIDUAL

☐ Ausencia →fin

☐ Rechazo →fin

☐ Otras causas
(especificar)

—



→ fin

SD1 ¿La persona seleccionada aceptó contestar el cuestionario?

- ☐ Sí
- ☐ No → fin

SD2 ¿Alguna vez se vacunó contra la fiebre amarilla?

- ☐ Sí
- ☐ No

SD2a ¿Alguna vez se vacunó contra el dengue?

- ☐ Sí
- ☐ No

FILTRO 1 Si alguna vez se vacunó contra la fiebre amarilla o contra el dengue (SD2=1 o SD2a=1), fin del cuestionario.El resto continúa en la pregunta siguiente, SD3.

SD3 ¿La persona seleccionada aceptó firmar el consentimiento?

- ☐ Sí
- ☐ No → fin

SD4 ¿La persona seleccionada aceptó realizarse el test?

- ☐ Sí
- ☐ No → fin

SD5 ¿Alguna vez fue diagnosticado/a con DENGUE?

- ☐ Sí →SD7
- ☐ No

SD6 ¿Alguna vez recibió, por cualquier medio, información sobre el dengue?

- ☐ Sí
- ☐ No

→SD8

SD7 ¿Cree que podría contraer dengue nuevamente en el transcurso del próximo año?

- ☐ Sí
- ☐ No

→SD9

SD8 ¿Cree que podría contraer dengue en el transcurso del próximo año?

- ☐ Sí
- ☐ No

SD9 En caso de contagiarse, ¿piensa que podría ser una enfermedad grave?

- ☐ Sí
- ☐ No

SD10 En los últimos cuatro meses, ¿tuvo alguno/s de los siguientes síntomas?
(G-M)

1	¿Fiebre?	☐ Sí	☐ No
---	----------	--------------------------	--------------------------

2	¿Escalofríos?	☐ Sí	☐ No
---	---------------	--------------------------	--------------------------

3	¿Cansancio intenso?		
---	---------------------	--	--

- | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 4 | ¿Dolor detrás de los ojos? | ☐ Sí | ☐ No |
| 5 | ¿Dolor de cabeza intenso? | ☐ Sí | ☐ No |
| 6 | ¿Dolor muscular y de articulaciones? | ☐ Sí | ☐ No |
| 7 | ¿Picazón y/o sangrado de nariz y/o encías? | ☐ Sí | ☐ No |
| 8 | ¿Aparición de manchas en la piel? | ☐ Sí | ☐ No |

SD11 ¿Algún médico o personal de salud alguna vez le dijo que usted tenía alguna de las siguientes condiciones?
(G-M)

- | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | ¿Hipertensión arterial? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2 | ¿Diabetes? | ☐ Sí | ☐ No |
| 3 | ¿Enfermedad cardiovascular (infarto, ACV, angina de pecho, etc.)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 4 | ¿Enfermedad pulmonar (asma, EPOC, otras)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 5 | ¿Enfermedades reumatológicas (artritis reumatoidea, lupus, etc.)? | ☐ Sí | ☐ No |

SD12 Aproximadamente: ¿Cuánto pesa, en kilogramos?

_____ ☐

SD13 Aproximadamente: ¿Cuánto mide, en centímetros?

_____ ☐

SD14 ¿Cuál es el máximo nivel educativo que cursa o cursó?
(G-S)

- Primario
- Primario especial
- EGB (1° a 9° año)
- Polimodal
- Secundario
- Terciario/Superior no universitario
- Universitario
- Posgrado
- Ninguno →E1

SD15 ¿Completó ese nivel?

- Sí
- No

Datos_test DATOS DEL ENTREVISTADO/A Y RESULTADO DEL TESTEO. Los datos del entrevistado/a se deben copiar de un original, fotocopia o App.

E1 Apellido

_____ ☐

E2 Nombre/s

_____ ☐

E3 Tipo de documentación identificatoria

- DNI argentino →E5
- Documento extranjero
- No tiene documento →C1

- ☐ Otro
(especificar)

—



→E5

E4 País emisor del documento

- ☐ Uruguay
- ☐ Paraguay
- ☐ Brasil
- ☐ Bolivia
- ☐ Chile
- ☐ Perú
- ☐ Venezuela
- ☐ Otro
(especificar)

—



E5 Número de documento



C1 Número de teléfono celular



C2 Número de teléfono de línea de la vivienda



C3 Otro número de teléfono alternativo



C4 Correo electrónico (e-mail)



AC1 Presencia de anticuerpos IgG

- ☐ Sí
- ☐ No

AC1a Por favor, confirme el resultado del test IgG

- ☐ Positivo
- ☐ Negativo

AC2 Presencia de anticuerpos IgM

- ☐ Sí
- ☐ No

AC2a Por favor, confirme el resultado del test IgM

- ☐ Positivo
- ☐ Negativo

AC3 Identificador único del test

[← Volver](#)