

[← 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?

1 Sí → Fecha

2 No

Razón

Razón por la cual no se realizó la entrevista

1 La vivienda está deshabitada → fin

2 La vivienda está demolida → fin

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

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

5 La vivienda se usa como establecimiento y no tiene uso residencial → fin

6 En la dirección de referencia no se encuentra la vivienda especificada

→ fin

7 Los habitantes de la vivienda están ausentes → fin

8 Los habitantes de la vivienda rechazan ser entrevistados → fin

9 Otras causas
(especificar)

—

→ fin



Fecha Fecha de realización



D1 Tipo de vivienda
— (Observacional)

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

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

- 1 Sí
- 2 No

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

2 ~~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)?

1 Sí, son todas. Proceder al sorteo.

2 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

SD_VIS

Visitas a la vivienda

< Volver

Fecha visita



Hora



Anotación



< Volver

[< Volver](#)

SD_S1_P Persona

P1 Nombre o sobrenombre

-



P2 Sexo

— (Declarado por el encuestado/a)

1 Varón

2 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)

1 Sí

2 No

[< 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

1

MSNOMBREI Nombre

-

MSEDADI Edad

35

ENTREAIND Apertura de entrevista individual

1 Sí →SD1

2 No

NOREAIND RAZÓN DE NO RESPUESTA INDIVIDUAL

7 Ausencia →fin

8 Rechazo →fin

9 Otras causas
(especificar)



SD1 ¿La persona seleccionada aceptó contestar el cuestionario?

- 1 Sí
- 2 No → fin

SD2 ¿Alguna vez se vacunó contra la fiebre amarilla?

- 1 Sí → fin
- 2 No

SD3 ¿La persona seleccionada aceptó firmar el consentimiento?

- 1 Sí
- 2 No → fin

SD4 ¿La persona seleccionada aceptó realizarse el test?

- 1 Sí
- 2 No → fin

SD5 ¿Alguna vez fue diagnosticado/a con DENGUE?

- 1 Sí → SD7
- 2 No

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

- 1 Sí

2 No

→SD8

SD7

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

1 Sí

2 No

→SD9

SD8

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

1 Sí

2 No

SD9

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

1 Sí

2 No

SD10

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

1 ¿Fiebre?

1 Sí 2 No

2 ¿Escalofríos?

1 Sí 2 No

3 ¿Cansancio intenso?

1 Sí 2 No

4 ¿Dolor detrás de los ojos?

1 Sí 2 No

5 ¿Dolor de cabeza intenso?

1 Sí 2 No

6 ¿Dolor muscular y de articulaciones?

1 Sí 2 No

7 ¿Picazón y/o sangrado de nariz y/o encías?

1 Sí 2 No

8

— ¿Aparición de manchas en la piel?

1 Sí 2 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? 1 Sí 2 No

2 ¿Diabetes? 1 Sí 2 No

3 ¿Enfermedad cardiovascular (infarto, ACV, angina de pecho, etc.)? 1 Sí 2 No

4 ¿Enfermedad pulmonar (asma, EPOC, otras)? 1 Sí 2 No

5 ¿Enfermedades reumatológicas (artritis reumatoidea, lupus, etc.)? 1 Sí 2 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)

- 1 Primario
- 2 Primario especial
- 3 EGB (1° a 9° año)
- 4 Polimodal
- 5 Secundario
- 6 Terciario/Superior no universitario

7 Universitario

8 Postgrado

9 Ninguno →E1

SD15 ¿Completó ese nivel?

1 Sí

2 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

1 DNI argentino →E5

2 Documento extranjero

3 No tiene documento →C1

4 Otro
(especificar)

—

_____ ☐

→E5

E4

País emisor del documento

- 1 Uruguay
- 2 Paraguay
- 3 Brasil
- 4 Bolivia
- 5 Chile
- 6 Perú
- 7 Venezuela
- 8 Otro
(especificar)

—



E5

Número de documento



C1

Número de teléfono celular



C2

Número de teléfono línea de la vivienda



C3

Otro número de teléfono alternativo



C4

Correo electrónico (e-mail)



AC1 Presencia de anticuerpos IgG

- 1 Sí
- 2 No

AC1a Por favor, confirme el resultado del test IgG

- 1 Positivo
- 2 Negativo

AC2 Presencia de anticuerpos IgM

- 1 Sí
- 2 No

AC2a Por favor, confirme el resultado del test IgM

- 1 Positivo
- 2 Negativo

AC3 Identificador único del test

130049

< Volver

