



Formulario Para Reportar Casos de Envenenamiento por Monóxido de Carbono

Información del Paciente (Profile Details Screen)

Form fields for patient information including Social Security Number, Address, City, State, Birth Date, Race, Ethnicity, and Contact Information.

Información del Caso (Basic Data Screen)

Form fields for case information including disease status, start date, report date, and notification date.

Información Adicional del Caso (Basic Data Screen)

Form fields for additional case information including patient location, investigator, outbreak status, and classification.

Información Clínica (Basic Data Screen)

Form fields for clinical information including investigation status, interview status, and symptomatology.

*Campo obligatorio, O = elige uno, [] = marque todo lo que corresponda

10. Tipo de exposición:
- Generador
 - Automóvil/ Autocaravana
 - Barco
 - Fuego
 - Kerosene/calentador de gas
 - Herramientas de gas (incluyendo el cortacésped)
 - Aparatos de combustión (estufa fija/caldera/horno)
 - Estufa de combustión portátil/estufa
 - Desconocido
 - Otro: _____
 - Múltiples exposiciones: _____
11. Sitio de exposición:
- Residencial
 - Área recreativa (parque/campamento)
 - Lago/rio/océano
 - Vivienda comercial
 - Desconocido
 - Otro: _____
 - Sitios múltiples: _____

Salud y Médico (Event Survey Screen)

12. Síntomas del caso

- | | Fecha/hora del inicio | | Fecha/hora del inicio | | Fecha/hora del inicio |
|--|-----------------------|--|-----------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | _____ | <input type="checkbox"/> Fatiga | _____ | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | _____ |
| <input type="checkbox"/> Agitación | _____ | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | _____ | <input type="checkbox"/> Vomito | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | _____ | <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia | _____ | <input type="checkbox"/> Debilidad | _____ |
| <input type="checkbox"/> Confusión | _____ | <input type="checkbox"/> Náusea | _____ | <input type="checkbox"/> Sibilancias | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mareos | _____ | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Somnolencia | _____ | <input type="checkbox"/> Palpitación | _____ | | |

13. ¿Qué hizo el paciente después de darse cuenta que había un problema?

- | Sí | No | Desconocido | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Llamo al 911 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Llamo al departamento de bomberos |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Llamo al departamento de policía |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Llamo al control de envenenamiento |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Llamo a amigos o vecinos |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Llamo a miembros de la familia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Salió de la casa |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Apago fuente de exposición |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Abrió ventanas y puertas |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fue al consultorio del médico o la sala de emergencia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fue tratado en el sitio |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Otro: _____ |

14. Como llego el paciente a la atención medica?

- Transporte propio
- Transporte de servicios médicos de emergencia (EMS)
- Otro: _____

Si el transporte fue por EMS, ¿cuánto tiempo les tomo para responder?

_____ Horas _____ Minutos

15. Recibió el paciente tratamiento hiperbárico con oxígeno?

- Sí
- No
- Desconocido

16. Se evaluó el nivel de carboxihemoglobina (COHb)?

- Sí, nivel (en %): _____
- No
- Desconocido

En caso afirmativo, dispositivo usado para medir el nivel de COHb:

- CO-oxímetro (hospital)
- CO-oxímetro de pulso (EMS)
- Desconocido
- Otro: _____

17. Tenía el paciente alguna condición preexistente?

- Sí
- No
- Desconocido

En caso afirmativo, tipo de condición preexistente:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
 - Enfermedad cardiopatía isquémica
 - Desconocida
 - Otra: _____
 - Múltiples condiciones: _____
18. Estatus de fumador: ¿Fuma usted?
- Fumador, número de cigarrillos por día: _____
 - No es fumador
 - Desconocido

Medidas Ambientales (Event Survey Screen)

19. Se tomaron medidas ambientales?

- Sí
- No
- Desconocido

En caso afirmativo, nivel de monóxido de carbono (ppm): _____

En caso afirmativo, nombre y modelo del dispositivo para medir: _____

Detector de Monóxido de Carbono (Event Survey Screen) – Solo Casos de Exposición Residencial

20. Había un detector de monóxido de carbono en el hogar?

- Sí
- No
- Desconocido

En caso afirmativo, ¿el paciente escucho que sonaba la alarma del detector de monóxido de carbono?

- Sí
- No
- Desconocido

Si es así, ¿se tomaron medidas cuando el paciente escucho la alarma (por ejemplo, dejo la casa, abrió ventanas o puertas, apago el generador)?

- Sí
- No
- Desconocido

En caso afirmativo, especifique la ubicación del (de los) detector(es) en el hogar:

- Sala de estar
- Dormitorio
- Cocina
- Pasillo
- Baño
- Garaje
- Otro: _____

En caso afirmativo, ¿cómo es operado el detector de monóxido de carbono?

- Energía eléctrica de la pared
- Batería
- Ambos
- Desconocido

Si funciona con energía eléctrica de la pared, ¿tiene el detector de monóxido de carbono una batería de reserva?

- Sí
- No
- Desconocido

Si el detector de monóxido de carbono utiliza una batería, ¿cuándo fue la última vez que chequeo la batería para asegurarse que estaba funcionando?

- Dentro los últimos 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año
- Hace más de 1 año
- No ha chequeado
- Desconocido

Exposición Generador (Event Survey Screen) – Solo Casos de Exposición con Generador

21. Para qué tipo de edificio se utilizó el generador?

- Casa de motor o vehículo recreacional
- Casa móvil o tráiler
- Casa para una sola familia
- Viviendas colectivas (duplex, triplex, etc.)
- Apartamento o condominio
- Desconocido
- Otro: _____

Exposición Generador (Event Survey Screen) – Solo Casos de Exposición con Generador

22. Por qué se usó el generador? Residencia/ubicación donde permaneció perdió energía debido a la tormenta
 Residencia/ubicación donde permaneció perdió energía debido a otra razón
 Otro: _____

Si se utilizó debido a la pérdida de energía, ¿por cuanto tiempo perdió energía?

_____ Días _____ Horas

¿Cómo obtuvo el paciente noticias e información (por ejemplo, noticias de la comunidad, información sobre cortes de energía y restauración) mientras que la electricidad estaba fuera?

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Sí | No | Desconocido | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Periódico |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Internet |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Las redes sociales: _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Radio |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Televisión |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | De amigos, familiares, o vecinos |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Profesionales (por ejemplo, trabajadores humanitarios, proveedores de atención médica) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Compañía eléctrica, especifique los métodos a continuación |

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Sí | No | Desconocido | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Visito el sitio web de la compañía eléctrica |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Llamo a la compañía eléctrica |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Recibió mensajes de texto |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Recibió correos electrónicos |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Redes sociales: _____ |

23. Por favor liste todas las personas que estaban presente cuando el paciente fue expuesto y si fueron sintomáticos y buscaron atención médica. Los síntomas incluyen dolores de cabeza, fatiga o debilidad, mareos o aturdimiento, confusión, pérdida del conocimiento, náusea, vómito, dolor de pecho o dificultad para respirar.

Nombre	Código Postal	Número de Teléfono	Edad	Genero	Sintomático	Busco atención médica
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Use última sección si hay necesidad de espacio adicional "Personas Adicionales Presente Durante el Momento de Exposición".

24. Cómo fue que el paciente se dio cuenta de que había un problema? Sonó la alarma de CO
 Se despertó (despertador)
 Alguien se sintió enfermo
 Perro ladrando
 Amigo o vecino le dijo al paciente
 Desconocido
 Otro: _____

25. Por cuanto tiempo estuvo el generador prendido antes de que los síntomas fueran notados en cualquier persona en el hogar? _____ Días _____ Horas _____ Minutos

26. Cuantos generadores se estaban utilizando? _____

27. Donde estaba colocado el (los) generador (es):

- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Dentro de la casa, especifique habitaciones: _____ | Sí | No | Desconocido |
| En caso afirmativo, ¿había ventana(s) abierta(s) en la habitación donde el generador estaba encendido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso afirmativo, ¿había puerta(s) abierta(s) donde el generador estaba encendido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En caso afirmativo, ¿había otro tipo de ventilación? Especifique: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Exposición Generador (Event Survey Screen) – Solo Casos de Exposición con Generador

- Dentro del garaje Sí No Desconocido
 En caso afirmativo, ¿estaba el garaje unido a la casa? O O O
 En caso afirmativo, ¿estaba abierta la puerta del garaje mientras el generador estaba encendido? O O O
- En un porche o terraza conectada y descubierta
 En un porche, terraza o cochera cubierta
- Otra área exterior
 En otra estructura no adjunta
 Otro: _____

28. Si el generador no estaba dentro de la casa:
 ¿A qué distancia estaba el generador de la ventana o puerta más cercana del hogar (en pies)? _____ No se
 ¿Qué tan lejos estaba el generador del aire acondicionado o de la ventilación de admisión de aire más cercano (en pies)? _____ No se

29. ¿Por qué el paciente escogió este lugar?
- | Si | No | Desconocido | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Era donde llegaba el cable de extensión |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mantenerlo fuera de la lluvia y el viento |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mantenerlo fuera de la inundación de agua |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Preocupación por el ruido |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Preocupación por el robo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Preocupación por los gases de escape |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Demasiado difícil moverlo más lejos |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Otro: _____ |

30. ¿Poseía el paciente un generador antes de este incidente?
- Sí
 No
 Desconocido
- En caso afirmativo, ¿Por cuánto tiempo? _____

31. ¿Alguna vez uso el paciente un generador antes de este incidente?
- Sí
 No
 Desconocido
- En caso afirmativo, ¿Cuántas veces se usó en los últimos 5 años? _____

32. Marca del generador: _____ Clase: _____ Modelo: _____ Año: _____

33. ¿Cómo consiguió el paciente el generador(s)?
- | Sí | No | Desconocido | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Comprado Si es así, ¿de dónde? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Wal-Mart |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> De un miembro de familia o pariente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Home Depot |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Lowe's |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Otra ferretería: _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Otra tienda: _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Otro lugar: _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rentado Si es así, ¿de dónde? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> De un miembro de familia o pariente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Home Depot |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Lowe's |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Otra ferretería: _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Otra tienda: _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Otro lugar: _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Prestado Si es así, ¿de quién? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> De un miembro de familia o pariente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Amigo o vecino |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dado Si es así, ¿por quién? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> FEMA |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Tienda: _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Otro: _____ |

Exposición Generador (Event Survey Screen) – Solo Casos de Exposición con Generador

34. Si el generador fue comprado o rentado:

¿Compró el paciente un detector de monóxido de carbono al mismo tiempo? Sí
 No
 Desconocido

Si no, ¿le aconsejaron al paciente comprar uno? Sí
 No
 Desconocido

Si se hubiera proporcionado un detector de monóxido de carbono con el generador, ¿lo hubiera instalado el paciente? Sí
 No
 Desconocido

35. ¿Se le dijo al paciente como operar el generador de manera segura? Sí
 No
 Desconocido

Si es así, ¿se le informó al paciente antes de obtener el generador, en el momento en que obtuvo el generador o después? Antes de obtenerlo
 Al tiempo de obtenerlo
 Después de obtenerlo
 Desconocido

Si es así, ¿por quién?

Sí	No	Desconocido	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Amigo o vecino
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Miembro de familia o pariente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vendedor o empleado de tienda
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leyó el manual de propietario
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Representante de FEMA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otro: _____

36. ¿Tenía el generador advertencias visibles sobre el monóxido de carbono? Sí
 No
 Desconocido

Si es así, ¿fue en idioma que el paciente podía leer? Sí
 No
 Desconocido

37. ¿El paciente leyó o escucho alguna advertencia sobre el envenenamiento por monóxido de carbono en cualquier momento antes o después de la tormenta? Sí
 No
 Desconocido

Si es así, ¿el paciente leyó o escucho la advertencia antes de que ocurriera la exposición? Sí
 No
 Desconocido

Si es así, ¿Dónde leyó o escucho el paciente la advertencia?

Sí	No	Desconocido	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Periódicos/revistas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Folleto/hoja informativa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Facebook
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Twitter
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	YouTube
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Departamento de bomberos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Radio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Televisión
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Amigos, familiares, o vecinos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vendedor o empleado de tienda
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fuerzas policiales
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trabajadores de servicios públicos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otro: _____

38. Lee las siguientes frases a la persona y preguntale si está de acuerdo, en desacuerdo, o si no lo sabe.
Le voy a leer las siguientes frases. Por favor dígame si está de acuerdo, en desacuerdo, o si no lo sabe.

De acuerdo Desacuerdo No se

- a. Generadores portátiles pueden ser operados de manera segura adentro con ventanas y puertas cerradas.
- b. Generadores portátiles pueden funcionar sin peligro adentro con ventanas abiertas.
- c. Generadores portátiles pueden ser operados de forma segura adentro con ventanas y puertas abiertas y un extractor de aire.
- d. Monóxido de carbono tiene olor.
- e. Monóxido de carbono tiene sabor.
- f. Monóxido de carbono puede ser visto.
- g. Monóxido de carbono puede quemar los ojos.
- h. Envenenamiento con monóxido de carbono puede ocurrir rápidamente dentro de horas de prender un generador.
- i. Envenenamiento con monóxido de carbono puede ocurrir después de que un generador a estado prendido durante varios días.
- j. Generadores portátiles se pueden utilizar con seguridad en un porche, terraza adjunto, o cochera o en un garaje adjunto.

Misceláneo (Event Survey Screen)

39. Idioma principal hablado en la casa del paciente: Inglés
 Español
 Creole Haitiano
 Otro: _____
 Desconocido:
40. Número total de personas en el hogar del paciente: _____
41. Ingreso total del hogar del paciente en el último año de todas las fuentes: <\$15,000
 \$15,000 - \$19,999
 \$20,000 - \$24,999
 \$25,000 - \$34,999
 \$35,000 - \$49,999
 \$50,000 - \$74,999
 \$75,000+
 Desconocido
 Se negó

Personas Adicionales Presente Durante el Momento de Exposición (Si Necesario)

Nombre	Código Postal	Número de Teléfono	Edad	Genero	Sintomático	Busco atención medica
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Campo obligatorio, O = elige uno, = marque todo lo que corresponda