

Study Questionnaire.

Please answer the following questions to the best of your ability.

1. What is your age? _____ years
2. What is your gender: ____ Male ____ Female
3. Where were you born (City and Country)? Country: _____
City: _____

For the following questions, please circle the right answer.

- | | | |
|--|------|---------|
| 3.a. Did you grow up in the city or in the country? | City | Country |
| 3.b. Do you recall drinking well-water as a child? | Yes | No |
| 3.c. Did you live in a house with a thatched roof? | Yes | No |
| 3.d. Did you spend a large amount of time around animals as a child? | | |
| | Yes | No |

If so, which animals (please list):

- | | | |
|--|-----|----|
| 3.e. Do you recall bathing in streams or ponds as a child? | | |
| | Yes | No |
| 3.f. Do you recall frequently walking barefoot as a child? | | |
| | Yes | No |

4. How long have you lived in the United States (Number of years)?

_____ Years

5. How long have you lived in Chicago (Number of years)?

_____ Years

6. Have you travelled internationally?

Yes No

If so, when and where and how long were you abroad?

7. To your knowledge, have you ever been treated with an antiparasitic medication?

Yes No

If so, when, and with what medication and when were you treated?

8. Which of the following categories best represents your household income:

☐ < \$20,000 per year	☐ \$60,000 - \$ 100,000 per year
☐ \$20,000 - \$40,000 per year	☐ > \$100,000 per year
☐ \$40,000 - \$60,000 per year	

9. What is the total number of years you have spent in school (example, if you completed high school the number would be 12, if you have a college degree the number would be 16)? _____

10. What medical problems have you been diagnosed with (examples, diabetes or hypertension)?

11. What medications do you take on a regular basis?

12. Do you have any medication allergies?

Yes No

If so, to what?

Do you have any seasonal allergies?

Yes No

13. Do you smoke?

Yes

No

If yes, please list the number of cigarettes per day you smoke:

Please list how long you have smoked:

14. Do you drink alcohol on a regular basis?

Yes

No

If yes, how many drinks do you consume per day?

Please list how many years you have been drinking alcohol regularly:

15. Are there any diseases that run in your family? If yes, describe.

Please check if you have experienced any of the following symptoms WITHIN THE PAST YEAR:

Symptoms related to your eyes:

☐ Change in vision

☐ Double vision

☐ Loss of vision

Symptoms related to your Ears, Nose, Mouth, Throat:

☐ Nosebleeds

☐ Loss of hearing

Symptoms related to your skin:

☐ Itching

☐ Hives

☐ Rash

☐ A yellow color on your skin

Symptoms related to your stomach:

☐ Heartburn

☐ Difficulty swallowing

☐ Pain when swallowing

☐ Abdominal pain

☐ Diarrhea

☐ Swelling in your abdomen

☐ Nausea/vomiting

☐ Blood in your stool

Symptoms related to your lungs:

- ☐ Wheezing
- ☐ Shortness of Breath
- ☐ Cough

Symptoms related to your heart:

- ☐ Chest Pain or Pressure
- ☐ Palpitations (pounding heart)
- ☐ Irregular heart beat

Symptoms related to your muscles or joints:

- ☐ Pain in your joints or muscles
- ☐ Stiffness in your joints

Symptoms related to your nervous system:

- ☐ Denies dizziness
- ☐ Numbness/tingling in your hands/feet
- ☐ Feelings of anxiety or depression

Other physical complaints:

- ☐ Weight loss
- ☐ Headache
- ☐ Swelling in your legs
- ☐ Blood in the urine
- ☐ Pain when urinating
- ☐ Increased urination
- ☐ Fatigue
- ☐ Fevers
- ☐ Weakness
- ☐ Difficulty concentrating
- ☐ Yellow color in your eyes

If you experienced any of the above symptoms, please describe:

Please check if you are experiencing any of the following symptoms RIGHT NOW:

Symptoms related to your eyes:

- ☐ Change in vision
- ☐ Double vision
- ☐ Loss of vision

Symptoms related to your Ears, Nose, Mouth, Throat:

- ☐ Nosebleeds
- ☐ Loss of hearing

Symptoms related to your skin:

- ☐ Itching
- ☐ Hives
- ☐ Rash
- ☐ A yellow color on your skin

Symptoms related to your stomach:

- ☐ Heartburn
- ☐ Difficulty swallowing
- ☐ Pain when swallowing
- ☐ Abdominal pain
- ☐ Diarrhea
- ☐ Swelling in your abdomen
- ☐ Nausea/vomiting
- ☐ Blood in your stool

Symptoms related to your lungs:

- ☐ Wheezing
- ☐ Shortness of Breath
- ☐ Cough

Symptoms related to your heart:

- ☐ Chest Pain or Pressure
- ☐ Palpitations (pounding heart)
- ☐ Irregular heart beat

Symptoms related to your muscles or joints:

- ☐ Pain in your joints or muscles
- ☐ Stiffness in your joints

Symptoms related to your nervous system:

- ☐ Dizziness
- ☐ Numbness/tingling in your hands/feet
- ☐ Feelings of anxiety or depression

Other physical complaints:

- ☐ Weight loss
- ☐ Headache
- ☐ Swelling in your legs
- ☐ Blood in the urine
- ☐ Pain when urinating
- ☐ Increased urination
- ☐ Fatigue
- ☐ Fevers

- ☐ Weakness
- ☐ Difficulty concentrating
- ☐ Yellow color in your eyes

If you experienced any of the above symptoms, please describe:

Please indicate if you have EVER experienced the following symptoms AT ANY TIME IN YOUR LIFE:

☐ Seizure. If yes, please explain.

☐ Loss of consciousness. If yes, please explain.

☐ Worms in your stool. If yes, please explain.

Cuestionario de estudio.

Por favor conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál es tu edad? ____ años
2. ¿Cuál es tu género: ____ masculino ____ femenino
3. ¿Dónde naciste (ciudad y país)? País: _____
Ciudad: _____

Para las siguientes preguntas, por favor circule la respuesta correcta.

- | | | |
|---|--------|-------|
| 3.a. ¿Se crió en un sitio urbano o rural? | Urbano | Rural |
| 1. ¿Recuerdas a beber agua de pozo-como un niño? | Sí | No |
| 3.c. ¿Vivía en una casa con techo de paja? | Sí | No |
| 3.d. ¿Pasaste una gran cantidad de tiempo alrededor de los animales como un niño? | Sí | No |

Si es así, que los animales (por favor lista):

- | | | |
|---|----|----|
| 3.e. ¿Te acuerdas de bañarse en arroyos o estanques como un niño? | Sí | No |
| 3.f. ¿Recuerda con frecuencia caminar descalzo como un niño? | Sí | No |

4. ¿Cuánto tiempo llevas en los Estados Unidos (varios años)?
____ Años

5. ¿Cuánto tiempo llevas en Chicago (varios años)?
____ Años

- | | | |
|-------------------------------------|----|----|
| 6. ¿Has viajado internacionalmente? | Sí | No |
|-------------------------------------|----|----|

¿Si es así, cuándo y dónde y cuánto tiempo estuviste en el extranjero?

7. A su conocimiento, ¿has sido tratado con un medicamento antiparasitario?

Sí No

¿Si es así, cuándo y con qué medicamentos y cuando trataron?

8. ¿Cuál de las siguientes categorías mejores representa el ingreso de su hogar:

☐ < \$20.000 por año	☐ \$60.000 - \$ 100.000 por año
☐ \$20.000 - \$40.000 por año	☐ > \$100.000 por año
☐ \$40.000 - \$60.000 anuales	

9. ¿Cuál es el total número de años que ha pasado en la escuela (por ejemplo, si terminado la escuela secundaria sería el número 12, si tienes un título universitario el número sería 16)? _____

10. ¿Qué problemas médicos ha sido diagnosticados con (ejemplos, la diabetes o la hipertensión).

11. ¿Qué medicamentos toma sobre una base regular?

12. ¿Tiene alguna alergia medicamentos?

Sí No

Si es así, ¿a qué?

¿Tienes alergias estacionales?

Sí No

13. ¿Fuma usted?

Sí

No

En caso afirmativo, por favor enumere el número de cigarrillos fumados por día que fumas:

Por favor indique cuánto ha fumado:

14. ¿Bebes alcohol con regularidad?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿Cuántas copas consume por día?

Por favor indique cuántos años usted ha estado bebiendo alcohol regularmente:

15. ¿hay alguna enfermedad que se ejecutan en tu familia? En caso afirmativo, describir.

Por favor, compruebe si ha experimentado cualquiera de los siguientes síntomas durante el año pasado:

Síntomas relacionados con tus ojos:

- ☐ El cambio en la visión
- ☐ Visión doble
- ☐ Pérdida de la visión

Síntomas relacionados con tus oídos, nariz, boca, garganta:

- ☐ Hemorragias nasales
- ☐ Pérdida de la audición

Síntomas relacionados con la piel:

- ☐ Picazón
- ☐ Colmenas
- ☐ Erupción
- ☐ Un color amarillento en la piel

Síntomas relacionados con el estómago:

- ☐ Ardor de estómago
- ☐ Dificultad para deglutir
- ☐ Dolor al tragar

- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Diarrea
- ☐ Inflamación en el abdomen
- ☐ Náuseas/vómitos
- ☐ Sangre en las heces

Síntomas relacionados con los pulmones:

- ☐ Sibilancias
- ☐ Dificultad respiratoria.
- ☐ Tos

Síntomas relacionados con el corazón:

- ☐ Presión o dolor en el pecho
- ☐ Palpitaciones (corazón latiendo)
- Vencer a ☐ irregulares del corazón

Síntomas relacionados con sus músculos o articulaciones:

- ☐ Dolor en las articulaciones o músculos
- ☐ Rigidez en las articulaciones

Síntomas relacionados con el sistema nervioso:

- ☐ Niega mareos
- ☐ Entumecimiento/hormigueo en su manos/pies
- ☐ Sentimientos de ansiedad o depresión

Otras quejas físicas:

- ☐ La pérdida de peso
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Hinchazón en las piernas
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Aumentada la micción
- ☐ Fatiga
- ☐ Fiebres
- ☐ Debilidad
- ☐ Dificultad para concentrarse
- ☐ Amarillo color en tus ojos

Si has experimentado cualquiera de los síntomas anteriores, por favor describa:

Compruebe por favor si usted está experimentando cualquiera de los siguientes síntomas ahora:

Síntomas relacionados con tus ojos:

- ☐ El cambio en la visión

- ☐ Visión doble
- ☐ Pérdida de la visión

Síntomas relacionados con tus oídos, nariz, boca, garganta:

- ☐ Hemorragias nasales
- ☐ Pérdida de la audición

Síntomas relacionados con la piel:

- ☐ Picazón
- ☐ Colmenas
- ☐ Erupción
- ☐ Un color amarillento en la piel

Síntomas relacionados con el estómago:

- ☐ Ardor de estómago
- ☐ Dificultad para deglutir
- ☐ Dolor al tragar
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Diarrea
- ☐ Inflamación en el abdomen
- ☐ Náuseas/vómitos
- ☐ Sangre en las heces

Síntomas relacionados con los pulmones:

- ☐ Sibilancias
- ☐ Dificultad respiratoria.
- ☐ Tos

Síntomas relacionados con el corazón:

- ☐ Presión o dolor en el pecho
- ☐ Palpitaciones (corazón latiendo)
- ☐ Pulso irregular

Síntomas relacionados con sus músculos o articulaciones:

- ☐ Dolor en las articulaciones o músculos
- ☐ Rigidez en las articulaciones

Síntomas relacionados con el sistema nervioso:

- ☐ Mareo
- ☐ Entumecimiento/hormigueo en su manos/pies
- ☐ Sentimientos de ansiedad o depresión

Otras quejas físicas:

- ☐ La pérdida de peso
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Hinchazón en las piernas

- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Aumentada la micción
- ☐ Fatiga
- ☐ Fiebres
- ☐ Debilidad
- ☐ Dificultad para concentrarse
- ☐ Amarillo color en tus ojos

Si has experimentado cualquiera de los síntomas anteriores, por favor describa:

Por favor, indique si alguna vez ha experimentado los siguientes síntomas en cualquier momento en su vida:

☐ Convulsión. En caso afirmativo, por favor explique.

☐ La pérdida de la conciencia. En caso afirmativo, por favor explique.

☐ Gusanos en las heces. En caso afirmativo, por favor explique.