

<b>ECHO</b> Environmental influences on Child Health Outcomes A program supported by the NIH	<b>COVID-19 Questionnaire – Child Self-Report Alternate Version</b> ECHO-wide Cohort Version 01.31 / June 8, 2020				<b>Form C19-cAV</b> Page 1 of 6
	<b>COHORT ID</b> _____	<b>SITE ID</b> _____	<b>PARTICIPANT ID</b> _____	<b>PIN</b> _____	<b>COHORT VISIT ID</b> _____
<b>ECHO LIFE STAGE</b>			<b>RESPONDENT</b>		
<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Prenatal <input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Infancy <input type="checkbox"/> <sub>05</sub> Middle Childhood	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Perinatal <input type="checkbox"/> <sub>04</sub> Early Childhood <input type="checkbox"/> <sub>06</sub> Adolescence	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Participant <input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Biological Father	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Biological Mother <input type="checkbox"/> <sub>04</sub> Other Respondent	Code: ____	

**STUDY STAFF INSTRUCTION:** This form should be completed by the 13- to 21-year-old child enrolled in an ECHO cohort during the adolescence life stage. The child's ID should be used in the header for the participant ID.

<p><b>INSTRUCCIONES:</b></p> <p><i>Este cuestionario tiene 2 secciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sección A: Infección por el virus que causa la COVID-19</i></li> <li>• <i>Sección B: Efectos del brote de COVID-19 en ti</i></li> </ul> <p><i>Estas preguntas se refieren a tus experiencias con la COVID-19 o el coronavirus. En cada pregunta haz todo lo posible por recordar los detalles que se te piden.</i></p>
--

**Sección A. Infección por el virus que causa la COVID-19**

En las siguientes preguntas, "profesional de la salud" se refiere a un médico, un/a enfermero/a especialista, un/a auxiliar médico u otra persona a quien vas a ver para recibir atención médica.

1. ¿Un profesional de la salud alguna vez te ha dicho que tienes, o que probablemente tienes COVID-19 (coronavirus)?
- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No
2. ¿Cuáles de los siguientes síntomas has tenido en algún momento desde el 1 de marzo de 2020? (**Marca todos los que correspondan**)
- <sub>01</sub> Fiebre o escalofríos
- <sub>02</sub> Tos
- <sub>03</sub> Falta de aire para respirar
- <sub>04</sub> Dolor de garganta
- <sub>05</sub> Dolor de cabeza
- <sub>06</sub> Dolores musculares o corporales
- <sub>07</sub> Goteo nasal
- <sub>08</sub> Agotamiento o sueño excesivo
- <sub>09</sub> Diarrea, náuseas o vómitos
- <sub>10</sub> Pérdida del sentido del olfato o del gusto (no puedes oler ni saborear)
- <sub>11</sub> Ojos rojos o picazón (comezón) en los ojos
- <sub>12</sub> Ninguno de los anteriores → **pasa a la sección A, pregunta 3.**
- 2.a. ¿Cuáles de las siguientes situaciones sucedieron debido a tus síntomas? (**Marca todas las que correspondan**)
- <sub>01</sub> Me dejaron hospitalizado/a toda la noche porque un profesional de la salud creyó que tenía COVID-19
- <sub>02</sub> Consulté con un profesional de la salud en persona, por ejemplo, en una clínica, en un consultorio médico, en un centro de atención de urgencias o en la sala de urgencias de un hospital
- <sub>03</sub> Hablé con un profesional de la salud por teléfono, por correo electrónico o en línea
- <sub>04</sub> Me autoaislé o me mantuve en cuarentena en casa
- <sub>05</sub> Ninguna de las anteriores
- 2.b. En las dos semanas antes de tener síntomas, tú: (**Marca todas las que correspondan**)
- <sub>01</sub> Tuviste contacto con alguien que dio positivo en la prueba de la COVID-19
- <sub>02</sub> Tuviste contacto con alguien que probablemente tenía COVID-19 (p. ej., alguien que no se había hecho la prueba pero tenía síntomas, o una persona a quien un profesional de la salud le había dicho que probablemente tenía la enfermedad)
- <sub>03</sub> Viajaste a otro estado o país (especifica: \_\_\_\_\_)
- <sub>04</sub> Ninguna de las anteriores

**Sección A. Infección por el virus que causa la COVID-19 (continuación)**

3. ¿Te han hecho una prueba de frotis nasal (con un aplicador de algodón) para detectar el virus que causa la COVID-19? **(Marca todos los que correspondan)**

<sub>01</sub> No, nunca traté de hacerme la prueba

<sub>02</sub> No, traté de hacerme la prueba pero no pude

<sub>03</sub> Sí, y estoy esperando los resultados

**Si respondiste que sí → 3.a.** ¿Cuál fue la fecha de tu prueba más reciente?  /  <sub>mm</sub> <sub>aaaa</sub>

<sub>04</sub> Sí, y la prueba mostró que no lo tengo (prueba "**negativa**")

**Si respondiste que sí → 3.b.** ¿Cuál fue la fecha de tu prueba **negativa** más reciente?  /  <sub>mm</sub> <sub>aaaa</sub>

<sub>05</sub> Sí, y la prueba mostró que sí lo tengo (prueba "**positiva**")

**Si respondiste que sí → 3.c.** ¿Cuál fue la fecha de tu prueba **positiva** más reciente?  /  <sub>mm</sub> <sub>aaaa</sub>

4. ¿Te han hecho una prueba de sangre para ver si ya habías tenido el virus que causa la COVID-19 (prueba de "serología")? **(Marca todas las que correspondan)**

<sub>01</sub> No, nunca traté de hacerme la prueba

<sub>02</sub> No, traté de hacerme la prueba pero no pude

<sub>03</sub> Sí, y estoy esperando los resultados

**Si respondiste que sí → 4.a.** ¿Cuál fue la fecha de tu prueba más reciente?  /  <sub>mm</sub> <sub>aaaa</sub>

<sub>04</sub> Sí, y la prueba mostró que no lo tuve (prueba "**negativa**")

**Si respondiste que sí → 4.b.** ¿Cuál fue la fecha de tu prueba **negativa** más reciente?  /  <sub>mm</sub> <sub>aaaa</sub>

<sub>05</sub> Sí, y la prueba mostró que sí lo tuve (prueba "**positiva**")

**Si respondiste que sí → 4.c.** ¿Cuál fue la fecha de tu prueba **positiva**?  /  <sub>mm</sub> <sub>aaaa</sub>

5. ¿Alguna otra persona que vive en tu casa tuvo, o probablemente tuvo, COVID-19?

<sub>01</sub> Sí

<sub>02</sub> No

Setting	Mode
<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Clinic or site <input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Phone <input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Other location	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Self-administered <input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Staff-administered