

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------|--|---|--|
| ECHO Environmental influences on Child Health Outcomes <small>A program supported by the NIH</small> | COVID-19 Questionnaire – Child Self-Report Primary Version ECHO-wide Cohort Version 01.31 / June 8, 2020 | | | | Form C19-cPV Page 1 of 7 | |
| | COHORT ID | SITE ID | PARTICIPANT ID | PIN | COHORT VISIT ID | FORM COMPLETED |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | ____ / ____ / ____ <i>mm dd yyyy</i> | |
| ECHO LIFE STAGE | | | | RESPONDENT | | |
| <input type="checkbox"/> ₀₁ Prenatal | | <input type="checkbox"/> ₀₂ Perinatal | | <input type="checkbox"/> ₀₁ Participant | | <input type="checkbox"/> ₀₂ Biological Mother |
| <input type="checkbox"/> ₀₃ Infancy | | <input type="checkbox"/> ₀₄ Early Childhood | | <input type="checkbox"/> ₀₃ Biological Father | | <input type="checkbox"/> ₀₄ Other Respondent |
| <input type="checkbox"/> ₀₅ Middle Childhood | | <input type="checkbox"/> ₀₆ Adolescence | | <input type="checkbox"/> 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>INSTRUCCIONES:</p> <p><i>Este cuestionario tiene 2 secciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sección A: Infección por el virus que causa la COVID-19</i> • <i>Sección B: Efectos del brote de COVID-19 en ti</i> <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)?
- ₀₁ Sí
- ₀₂ No
2. ¿Cuáles de los siguientes síntomas has tenido en algún momento desde el 1 de marzo de 2020? (**Marca todos los que correspondan**)
- ₀₁ Fiebre o escalofríos
- ₀₂ Tos
- ₀₃ Falta de aire para respirar
- ₀₄ Dolor de garganta
- ₀₅ Dolor de cabeza
- ₀₆ Dolores musculares o corporales
- ₀₇ Goteo nasal
- ₀₈ Agotamiento o sueño excesivo
- ₀₉ Diarrea, náuseas o vómitos
- ₁₀ Pérdida del sentido del olfato o del gusto (no puedes oler ni saborear)
- ₁₁ Ojos rojos o picazón (comezón) en los ojos
- ₁₂ 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**)**

- ₀₁ Me dejaron hospitalizado/a toda la noche porque un profesional de la salud creyó que tenía COVID-19
- ₀₂ 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
- ₀₃ Hablé con un profesional de la salud por teléfono, por correo electrónico o en línea
- ₀₄ Me autoaislé o me mantuve en cuarentena en casa
- ₀₅ Ninguna de las anteriores

2.b. En las dos semanas antes de tener síntomas, tú: (Marca todas las que correspondan**)**

- ₀₁ Tuviste contacto con alguien que dio positivo en la prueba de la COVID-19
- ₀₂ 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)
- ₀₃ Viajaste a otro estado o país (especifica: _____)
- ₀₄ Ninguna de las anteriores

