

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY (WIHS)  
 MULTICENTER AIDS COHORT STUDY (MACS)  
**BASELINE COVID-19 ABBREVIATED QUESTIONNAIRE (BLCOVID)**

**SECTION B: CORONAVIRUS TESTING AND TREATMENT**

INTRODUCCIÓN: Como hemos hecho en visitas anteriores, voy a hacerle múltiples preguntas referentes a sus antecedentes médicos. Le voy a hacer una serie de preguntas sobre enfermedades y síntomas que usted pudiera haber tenido. Voy a usar las palabras "trabajador de salud" para referirme a cualquier médico, enfermera o auxiliar de médicos a quien Ud. haya acudido para cuidado médico.

B1. Desde Enero, ¿ha sentido alguno de los siguientes síntomas?:...

		¿Cuantos días ha tenido este síntoma?	¿Actualmente tiene este síntoma?	¿Diría que este síntoma [ES/FUE] leve, moderado o grave?
a. Una fiebre > 100.4° F	NO .....0 <b>(b)</b> YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES..... 1	LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
b. Afiebrado o sintió fiebre	NO .....0 <b>(c)</b> YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES..... 1	LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
c. Escalofrió	NO .....0 <b>(d)</b> YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES..... 1	LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
d. Dolores musculares	NO .....0 <b>(e)</b> YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES..... 1	LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
e. Sonadera o congestión nasal	NO .....0 <b>(f)</b> YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES..... 1	LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3

		¿Cuántos días ha tenido este síntoma?	¿Actualmente tiene este síntoma?	¿Diría que este síntoma [ES/FUE] leve, moderado o grave?
f.	Dolor de garganta	NO .....0 (g) YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES ..... 1 LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
g.	Tos (una nueva tos o tos crónica que ha empeorado)	NO .....0 (h) YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES ..... 1 LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
h.	Dificultad para respirar (disnea)	NO .....0 (i) YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES ..... 1 LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
i.	Nausea o vomito	NO .....0 (j) YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES ..... 1 LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
j.	Dolor de cabeza	NO .....0 (k) YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES ..... 1 LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
k.	Dolor abdominal	NO .....0 (l) YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES ..... 1 LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
l.	Diarrea (tres o más deposiciones sueltas en 24 horas)	NO .....0 (m) YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES ..... 1 LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
m.	Pérdida del sentido de gusto	NO .....0 (n) YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES ..... 1 LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
n.	Pérdida del sentido del olfato	NO .....0 (o) YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES ..... 1 LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
o.	¿Otro síntoma?	NO .....0 (B2) YES.....1	__ __  DAYS	NO ..... 0 YES ..... 1 LEVE ..... 1 MODERADO2 GRAVE..... 3

SPECIFY: \_\_\_\_\_

B2. ¿Algunos de estos síntomas ocurrieron al mismo tiempo?  
 NO ..... 0 (B3 INTRODUCCIÓN)  
 YES..... 1

a. ¿Cuáles síntomas? [INTERVIEWER: RESTATE SYMPTOMS FROM B1 AND ASK PARTICIPANT TO SELECT ONLY THOSE THAT HAPPENED CONCURRENTLY. CIRCLE "YES" RESPONSE BELOW FOR THOSE SYMPTOMS THAT PARTICIPANT LISTS.]

		<u>NO</u>	<u>YES</u>
i.	Fiebre > 100.4° F.....	0	1
ii.	Afiebrado o sintió fiebre .....	0	1
iii.	Escalofrió .....	0	1
iv.	Dolores musculares .....	0	1
v.	Sonadera o congestión nasal.....	0	1



- B5. ¿Que fue el resultado de esa prueba?
- PRUEBA NEGATIVA ..... 1
- PRUEBA POSITIVA ..... 2
- PRUEBA PENDIENTE..... 3

B6. ¿Algún trabajador de salud le ha dado alguno de los siguientes medicamentos para tratar coronavirus?

	<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>DON'T KNOW</u>
a. lopinavir/ritonavir (Kaletra)	0	1	-8
b. hydroxychloroquine (Plaquenil)	0	1	-8
c. Hydroxychloroquine (Plaquenil) con azithromycin (Zithromax, Z-pak)	0	1	-8
d. Chloroquine	0	1	-8
e. Ribavirin (Moderiba, Rebetol)	0	1	-8
f. Remdesivir	0	1	-8
g. azithromycin (Zithromax, Z-Pak)	0	1	-8
h. Transfusión o infusión de plasma	0	1	-8
i. Otro Tratamiento	0 (j)	1	-8

SPECIFY: \_\_\_\_\_

- j. **INTERVIEWER INSTRUCTIONS:** Collect medical records release and collect all available information for each reported medication. **[INTERVIEWER: ENTER “-9” FOR ANY MISSING DATA IN THIS QUESTION.]**

PROVIDER NAME \_\_\_\_\_

PROVIDER INSTITUTION \_\_\_\_\_

PROVIDER ADDRESS \_\_\_\_\_

B7. Desde Enero, ¿ha estado hospitalizado porque tenía coronavirus o porque tenía dificultad para respirar o una infección respiratoria?

- NO ..... 0 **IF B4=0 GO TO B9. IF B4=1 GO TO B10.**
- YES ..... 1 **COLLECT MEDICAL RECORDS RELEASE**

- a. **INTERVIEWER INSTRUCTIONS:** Collect all available information for hospitalization. **[INTERVIEWER: ENTER “-9” FOR ANY MISSING DATA IN THIS QUESTION.]**

PROVIDER NAME \_\_\_\_\_

HOSPITAL NAME \_\_\_\_\_

HOSPITAL ADDRESS \_\_\_\_\_

- b. ¿En qué fecha entró al hospital?

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|  
M D Y

- c. ¿En qué fecha salió del hospital?

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|  
M D Y

B8. Ud. diría que....

- Se ha recuperado y ya no tiene síntomas ..... 1 (B10)
- Se siente mejor, pero  
no está completamente recuperado ..... 2 (B10)
- No se está sintiendo mejor ..... 3 (B10)

B9. ¿Porqué no ha tenido una prueba para coronavirus? Es porque...

	<u>NO</u>	<u>YES</u>
a. No se ha sentido enfermo	0	1
b. No había pruebas disponibles	0	1
c. No ha tenido transporte para ir o venir del lugar donde hacen la prueba	0	1
d. Estaba preocupado de no tener suficiente dinero para pagar	0	1
e. No sabía a donde ir para hacerse la prueba	0	1
f. No tenía a alguna persona que le ayudara a cuidar a niños u otras personas en su cuidado mientras que se hacia la prueba	0	1
g. No ha podido tomarse tiempo libre del trabajo	0	1
h. Un trabajador de salud le dijo que se pusiera en auto cuarentena en vez de hacerse la prueba	0	1
i. Otra razón	<b>0 (B10)</b>	1
SPECIFY: _____		

B10. ¿Alguno de sus medicamentos tiene un nombre genérico que termina en "-pril" o "-sartan"?  
Frecuentemente estos medicamentos los toman personas que tienen presión arterial alta, diabetes o enfermedad del corazón.

- NO ..... 0 (B12)
- YES..... 1
- DON'T KNOW ..... -8

B11. ¿Cuál medicamento?

<b>Name of Medication</b>	<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>DONT KNOW</u>
a. benazepril (Lotensin)	0	1	-8
b. Captopril	0	1	-8
c. enalapril (Vasotec, Epaned)	0	1	-8
d. Fosinopril	0	1	-8
e. lisinopril (Prinivil, Zestril, Qbrelis)	0	1	-8
f. Moexipril	0	1	-8
g. perindopril (Aceon)	0	1	-8

<b>Name of Medication</b>		<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>DONT KNOW</u>
h.	quinapril (Accupril)	0	1	-8
i.	ramipril (Altace)	0	1	-8
j.	trandolapril (Mavik)	0	1	-8
k.	azilsartan (Edarbi)	0	1	-8
l.	candesartan (Atacand)	0	1	-8
m.	eprosartan (Teveten)	0	1	-8
n.	irbesartan (Avapro)	0	1	-8
o.	telmisartan (Micardis)	0	1	-8
p.	valsartan (Diovan, Prexxartan)	0	1	-8
q.	losartan (Cozaar)	0	1	-8
r.	olmesartan (Benicar)	0	1	-8
s.	sacubitril/valsartan (Entresto)	0	1	-8
t.	nebivolol/valsartan (Byvalson)	0	1	-8

- u. **INTERVIEWER INSTRUCTIONS:** Collect medical records release and collect all available information for each reported medication. **[INTERVIEWER: ENTER “-9” FOR ANY MISSING DATA IN THIS QUESTION.]**

PROVIDER NAME \_\_\_\_\_

PROVIDER INSTITUTION \_\_\_\_\_

PROVIDER ADDRESS \_\_\_\_\_

- B12. Desde Enero, ¿le ha dicho un trabajador de salud que tiene una prueba positiva de la influenza, comúnmente llamada la flu?

NO ..... 0

YES..... 1

- B13. PARTICIPANT'S HIV STATUS:

LIVING WITH HIV ..... 1

HIV-NEGATIVE ..... 2 (SECTION C)

- B14. Ahora le preguntaré sobre cualquier medicamento para combatir el VIH/SIDA que este tomado actualmente. Además de las medicinas recetadas, diga otros medicamentos que este tomado como parte de un estudio, incluyendo estudios en los que no sabe si recibió el medicamento.

- a. ¿Actualmente está tomando cualquier medicamento para combatir el VIH/SIDA?

NO ..... 0 (SECTION C)

YES..... 1 COLLECT MEDICAL RECORDS RELEASE

**START SUBFORM BLCOVIDs1**

- b. DOES PARTICIPANT KNOW ACTUAL NAME OF DRUG?  
NO ..... 0 (d)  
YES..... 1

c. **CAPTURED VIA RX NORM:** <https://mor.nlm.nih.gov/download/rxnav/RxNavDoc.html>

d. OR, DESCRIBE IF ACTUAL NAME NOT KNOWN: \_\_\_\_\_  
(ENTER "-1" IF NAME CAPTURED IN RXNORM)

e. ¿Cuándo empezó a tomar (DROGA)? Solo necesito el mes y el año. Si ésta es un medicamento que usted ha vuelto a comenzar a usar, por favor diga la fecha más reciente que comenzó otra vez a usarlo.

|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
M M Y Y Y Y

f. **INTERVIEWER INSTRUCTIONS:** Collect all available information for medications. [INTERVIEWER: ENTER "-9" FOR ANY MISSING DATA IN THIS QUESTION.]

PROVIDER NAME \_\_\_\_\_

PROVIDER INSTITUTION \_\_\_\_\_

PROVIDER ADDRESS \_\_\_\_\_

**END SUBFORM BLCOVIDs1**