



## COVID-19 Questionnaire

Participant ID #:

Acrostic:

Interviewer ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

### Introducción

Para ayudarnos a comprender la salud de los participantes del estudio durante la pandemia de COVID-19, nos gustaría hacerle preguntas adicionales sobre su posible exposición a este nuevo virus.

La entrevista puede tomar tan solo como unos 5 minutos o hasta 30 minutos, dependiendo de si le han diagnosticado o no COVID-19.

Esta información se manejará de la misma manera que los demás datos que hemos recopilado por teléfono. Si lo desea, puedo revisar esa información con usted ahora. (Revise el consentimiento telefónico inicial si el/la participante dice que lo necesita).

Who is completing the survey: Participant or Proxy?

- Participant
- Proxy

¿Estaría bien hacerle algunas preguntas sobre las experiencias relacionadas con COVID-19, hoy?

- “Sí - está bien que me haga las preguntas”.
- “No - no está bien que me haga las preguntas”.

En el futuro, ¿podemos llamarle nuevamente para ver cómo le está yendo y hacerle estas preguntas nuevamente?

- “Sí - está bien que me llame nuevamente”.
- “No – no está bien que me llame nuevamente”.

### DIAGNÓSTICO DE COVID-19

1. ¿Ha tenido usted COVID-19 o la enfermedad causada por el nuevo coronavirus?

- Sí, definitivamente
- Sí, pienso eso
- Tal vez
- No



**COVID-19  
Questionnaire**

2. ¿Alguna vez un proveedor de cuidados médicos le dijo que tenía COVID-19?

- Sí, definitivamente →
- Sí, probablemente o sospechaba →
- No

**Si contesta "sí", ¿tuvo usted?**

- a. Síntomas de COVID-19  Sí  No  Pendiente
- b. Un prueba positiva de COVID-19  Sí  No
- c. Contacto cercano con alguien que tuvo COVID-19  Sí  No

**Para la verificación de registros médicos:**

Nombre del doctor/clínica/hospital: \_\_\_\_\_

Dirección del doctor/clínica/hospital: \_\_\_\_\_

Número de contacto: \_\_\_\_\_

3. ¿Le han hecho una prueba de coronavirus o COVID-19?

- Sí →
- No
- No estoy seguro(a)

**Si contesta "sí", ¿le han hecho la prueba para...**

a. Infección COVID-19?  Sí  No



Resultado:  Positivo  Negativo  Pendiente

b. Inmunidad de COVID-19?  Sí  No



Resultado:  Positivo  Negativo  Pendiente

c. ¿Cuántas veces le han hecho la prueba? \_\_\_\_\_

d. ¿Puede usted darnos detalles acerca de su primera prueba de COVID-19?

i. Fecha: \_\_\_\_\_

ii. Razón de la prueba:

|   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Tenía síntomas de COVID-19                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Alguien que conozco tenía síntomas de COVID-19 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Un doctor me indicó la prueba de COVID-19      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Yo estaba preocupado(a) sobre el COVID-19      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Otra   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

↳ Especifique "Otra": \_\_\_\_\_ **(continúa)**



(continúa)

| iii. Tipo de prueba:   | Sí                    | No                    |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Hisopo nasofaríngeo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Prueba de sangre    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Prueba de saliva    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Otra                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

↳ Especifique "Otra": \_\_\_\_\_

iv. Resultado:

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)/Pendiente

e. ¿Puede usted proporcionar detalles sobre su prueba COVID-19 más reciente?

i. Fecha: \_\_\_\_\_

| ii. Razón de la prueba:                           | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Tenía síntomas de COVID-19                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Alguien que conozco tenía síntomas de COVID-19 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Un doctor me indicó la prueba de COVID-19      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Yo estaba preocupado(a) sobre el COVID-19      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Otra   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

↳ Especifique "Otra": \_\_\_\_\_

| iii. Tipo de prueba:   | Sí                    | No                    |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Hisopo nasofaríngeo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Prueba de sangre    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Prueba de saliva    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Otra                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

↳ Especifique "Otra": \_\_\_\_\_

iv. Resultado:

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)/Pendiente

(continúa)



(continúa)

f. Si usted no experimentó un resultado positivo en su primera o más reciente prueba, ha tenido usted alguna vez una prueba positiva de COVID-19?

- Sí
- No
- No está seguro(a)

Si contesta "sí", ¿puede usted proporcionar detalles sobre su primera prueba positiva de COVID-19?

i. Fecha: \_\_\_\_\_

ii. Razón de la prueba:

|   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Tenía síntomas de COVID-19                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Alguien que conozco tenía síntomas de COVID-19 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Un doctor me indicó la prueba de COVID-19      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Yo estaba preocupado(a) sobre el COVID-19      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Otra   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ↳ Especifique "Otra": _____                       |                       |                       |

iii. Tipo de prueba:

|                             | Sí                    | No                    |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Hisopo nasofaríngeo      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Prueba de sangre         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Prueba de saliva         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Otra                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ↳ Especifique "Otra": _____ |                       |                       |

g. ¿Está usted dispuesto(a) y puede enviarnos una copia de los resultados de la prueba de COVID-19 al estudio?

- Sí
- No

4. ¿Le han realizado una radiografía o tomografía computarizada ("cat scan") por sospecha o para diagnóstico de COVID-19?

- Sí →
- No

**Si contesta "sí":**

|  | Sí                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. ¿Le hicieron una radiografía del pecho?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. ¿Le hicieron una tomografía computarizada de sus pulmones?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. ¿Está dispuesto(a) a compartir la radiografía de sus pulmones con el estudio? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



5. ¿Alguna vez ha pasado una noche en un hospital por sospecha o diagnóstico de COVID-19?

- Sí →
- No

***Si contesta "sí":***

a. ¿Cuántas noches estuvo en el hospital?

i. Fecha de llegada al hospital: \_\_\_\_\_

ii. Fecha de salida del hospital: \_\_\_\_\_

# de días  
que  
necesitó:

b. ¿Requirió usted alguno de los siguientes tratamientos?

i. Oxígeno por la nariz

Sí

No

\_\_\_\_\_

ii. Oxígeno por máscara facial

\_\_\_\_\_

iii. Monitoreo en "Unidad de cuidados intensivos"  
o UCI

\_\_\_\_\_

iv. Un tubo respiratorio o ventilador

\_\_\_\_\_

v. Tratamiento "ECMO"

\_\_\_\_\_

**Para la verificación de registros médicos:**

Nombre del doctor/clínica/hospital: \_\_\_\_\_

Dirección del doctor/clínica/hospital: \_\_\_\_\_

Número de contacto: \_\_\_\_\_

6. Si usted estuvo hospitalizado(a) por sospecha o diagnóstico de COVID-19, ¿cómo fue despachado(a)?

- |                             | Sí                    | No                    |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Casa                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Centro de rehabilitación | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Otro                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

↳ Especifique "Otro": \_\_\_\_\_

7. Si usted sabe, o cree que usted tuvo COVID-19, ¿se ha recuperado a su estado de salud habitual?

- Sí →
- No

***Si contesta "sí":***

a. ¿Qué tiempo le tomó recuperarse? \_\_\_\_\_ días

**Continúa en la próxima página**