



10. En su hogar (o el lugar donde usted reside), ¿le han hecho a alguien la prueba del COVID-19?

- Sí →
- No
- No está seguro(a)

Si contesta "sí":

a. ¿Cuándo fue hecha la primera prueba? _____

b. ¿Cuál fue el resultado de la primera prueba?

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)

¿Hubo una segunda prueba?

- Sí →
- No

Si contesta "sí":

a. ¿Cuándo fue hecha la segunda prueba _____?

b. ¿Cuál fue el resultado de la segunda prueba?

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)

¿Hubo una tercera prueba?

- Sí →
- No

Si contesta "sí":

a. ¿Cuándo fue hecha la tercera prueba _____?

b. ¿Cuál fue el resultado de la tercera prueba?

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)

¿Hubo una cuarta prueba?

- Sí →
- No

Si contesta "sí":

a. ¿Cuándo fue hecha la cuarta prueba _____?

b. ¿Cuál fue el resultado de la cuarta prueba?

- Positivo
- Negativo
- No está seguro(a)

(continúa)



(continúa)

Si cualquiera de las pruebas fue positiva:

¿Cambió usted su comportamiento en casa?

- Sí →
- No

	Sí	No
¿Usó usted una mascarilla en la casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usó la persona infectada una mascarilla en la casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se mantuvo la persona infectada alejada de usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. ¿Qué medidas ha tomado usted para reducir su riesgo de exposición al COVID-19?

	Sí	No	
a. Lavarse las manos y/o usar desinfectante frecuentemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b. Permanecer separados al menos 6 pies los unos de los otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c. Evitar grandes reuniones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d. No salir a restaurantes o bares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
e. Cancelé los planes de viaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
f. Usar una mascarilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
g. No dar la mano ni tocar a las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
h. Permanecer en casa cuando estaba enfermo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
i. No ir al trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> No aplica
j. Limpiar las superficies con desinfectantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
k. Seguir las pautas o reglas del gobierno para quedarse en casa y limitar los contactos con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
l. Colocado en cuarentena completa por las autoridades locales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

12. Actualmente, ¿usa usted cualquier producto de tabaco?

	Sí	No
a. Cigarillos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	↳ Cigarrillos por día: _____	
b. Pipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cigarrillos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cigarrillos electrónicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↳ Especifique "Otros": _____



13. ¿Recibió usted la vacuna contra la influenza (“vacuna del flu”) entre septiembre 2019 y marzo 2020?

- Sí
- No

14. ¿Le han hecho una prueba para la influenza desde enero 2020?

- Sí →
- No

Si contesta “sí”:

a. ¿Cuáles fueron los resultados de la prueba de la influenza?

- Positivo
- Negativo

b. ¿Fue esta prueba hecha al mismo tiempo que una prueba COVID-19?

- Sí
- No