



COVID-19 Questionnaire

If yes to Q7:

Para participantes que continúan teniendo síntomas relacionados a la enfermedad COVID-19:

	A. Durante su enfermedad COVID-19, ¿tuvo usted un empeoramiento de los síntomas comparado con su estado de salud habitual?	B. Cuando el síntoma fue peor, ¿cuánto le molestó, en una escala del 1 al 5? (1 = para nada, 2 = Un poquito, 3 = Algo, 4 = Bastante, 5 = Mucho)?	C. ¿Cuánto tiempo, en días, le duró el síntoma?
Fiebre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dificultad para respirar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Congestión en el pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pecho apretado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos seca o cortante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos húmeda o suelta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolores en el cuerpo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Escalofríos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolor de garganta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Nariz congestionada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Secreción o goteo nasal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Diarrea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Cansancio	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del olfato	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del gusto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
En general, cuando estos síntomas estaban en su peor momento, cuando tenía estos síntomas, ¿qué tan malos o molestos eran los síntomas? (Patient Global Rating of Flu Severity Instrument)			
<input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Moderados <input type="radio"/> Severos <input type="radio"/> Muy Severos			
En general, cuando estos síntomas empeoraron, ¿interfirieron con sus actividades diarias? (Patient Global Assessment of Interference with Daily Activities)			
<input type="radio"/> Para nada <input type="radio"/> Un poquito <input type="radio"/> Algo <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Muchísimo			

Pase a la pregunta 9



**COVID-19
Questionnaire**

Si contestó “no” a la pregunta 7:

Para participantes que continúan teniendo síntomas relacionados a la enfermedad COVID-19:

	A. Durante su enfermedad COVID-19, ¿tuvo usted un empeoramiento de los síntomas comparado con su estado de salud habitual?	B. Cuando el síntoma fue peor, ¿cuánto le molestó, en una escala del 1 al 5? (1 = para nada, 2 = Un poquito, 3 = Algo, 4 = Bastante, 5 = Mucho)?	C. ¿Cuánto tiempo, en días, le ha molestado este síntoma?
Fiebre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dificultad para respirar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Congestión en el pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pecho apretado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos seca o cortante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos húmeda o suelta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolores en el cuerpo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Escalofríos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolor de garganta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Nariz congestionada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Secreción o goteo nasal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Diarrea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Cansancio	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del olfato	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del gusto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
<p>En general, cuando estos síntomas estaban en su peor momento, cuando tenía estos síntomas, ¿qué tan malos o molestos eran los síntomas? (Patient Global Rating of Flu Severity Instrument)</p> <p><input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Moderados <input type="radio"/> Severos <input type="radio"/> Muy Severos</p>			
<p>En general, cuando estos síntomas empeoraron, ¿interfirieron con sus actividades diarias? (Patient Global Assessment of Interference with Daily Activities)</p> <p><input type="radio"/> Para nada <input type="radio"/> Un poquito <input type="radio"/> Algo <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Muchísimo</p>			



COVID-19 Questionnaire

8. Si usted no ha tenido un diagnóstico o sospecha de enfermedad de COVID-19, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas, desde nuestra última llamada?

Para participantes quienes no reportan diagnóstico o sospecha de COVID-19:

	A. Durante su enfermedad COVID-19, ¿tuvo usted un empeoramiento de los síntomas comparado con su estado de salud habitual?	B. Cuando el síntoma fue peor, ¿cuánto le molestó, en una escala del 1 al 5? (1 = para nada, 2 = Un poquito, 3 = Algo, 4 = Bastante, 5 = Mucho)?	C. ¿Cuánto tiempo, en días, le duró el síntoma?
Fiebre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dificultad para respirar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Congestión en el pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pecho apretado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos seca o cortante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Tos húmeda o suelta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolores en el cuerpo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Escalofríos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Dolor de garganta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Nariz congestionada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Secreción o goteo nasal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Diarrea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Cansancio	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del olfato	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Pérdida del gusto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
En general, cuando estos síntomas estaban en su peor momento, cuando tenía estos síntomas, ¿qué tan malos o molestosos eran los síntomas? (Patient Global Rating of Flu Severity Instrument)			
<input type="radio"/> Leves <input type="radio"/> Moderados <input type="radio"/> Severos <input type="radio"/> Muy Severos			
En general, cuando estos síntomas empeoraron, ¿interfirieron con sus actividades diarias? (Patient Global Assessment of Interference with Daily Activities)			
<input type="radio"/> Para nada <input type="radio"/> Un poquito <input type="radio"/> Algo <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Muchísimo			



COVID-19 Questionnaire

9. Si tuvo cualquiera de los síntomas que le hemos mencionado, ¿tomó usted algunas medicinas?

- Sí
- No

Si contesta "sí":

Medicina	¿Tomó usted?	¿Se lo indicó un profesional de la salud?	¿Cuál fue la fecha en que comenzó a tomarlo?	¿Por cuantos días lo tomó?	¿Cuál era el nombre específico del medicamento?
Acetaminofén, Tylenol	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Ibuprofeno, Motrin, Advil, Aleve	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Medicina para la tos, Robitussin	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Medicina para "resfriado y la gripe"	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Antibiótico (ej., azitromicina, augmentin, ciprofloxacina)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Corticosteroides orales (ej. prednisona, prednisolona, metilprednisona)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Corticosteroides inhalados (ej., flovent, symbicort, Advair)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Otras medicinas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			