

## Post-Exertional Malaise (effects of physical and mental activity on symptoms)

### Malestar post-esfuerzo

*Empeoramiento o recaída de los síntomas después de la actividad física y / o mental.*

Durante tu recuperación de COVID-19, has experimentado algún empeoramiento o recaída de sus síntomas después de realizar actividad física o mental? \*

- Sí
- No

¿En promedio, con qué intensidad has experimentado un empeoramiento / recaída de tus síntomas? Mantén el control deslizante en 0 si no has experimentado esto. \*

	Sin malestar post-esfuerzo	Poco malestar post-esfuerzo	Mucho malestar pos-esfuerzo									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Físico	<input checked="" type="radio"/>											<input type="text"/>
Cognitivo	<input type="radio"/>											<input type="text"/>

En caso de que hayas experimentado empeoramiento o recaídas después de **la actividad física**, cuándo las has sentido? \*

- Inmediatamente
- El mismo día, después de unas horas
- Al día siguiente
- Un par de días después
- Varia
- No experimento un empeoramiento / recaída de los síntomas después de la actividad física.

En caso de que hayas experimentado empeoramiento o recaídas después de **la actividad mental**, cuándo las has sentido? \*

- Inmediatamente
- El mismo día, después de unas horas
- Al día siguiente
- Un par de días después
- Varia
- No experimento un empeoramiento / recaída de los síntomas después de la actividad mental.

¿Cuánto tiempo suele durar el empeoramiento / recaída de los síntomas después de la actividad física o mental?

- Pocas horas
- Pocos días
- Pocas semanas
- Otros

(Opcional) Explica cualquier otra cosa que te gustaría compartir sobre tu experiencia con el malestar post-esfuerzo. Por ejemplo, puedes enumerar el tipo de actividades que empeoran más tus síntomas (caminar, ejercicio extenuante, leer, ver películas, etc.).

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

**Semana**    Semana    Semana    Semana    **Mes**    Mes    Mes    Mes    Mes  
**1**            2            3            4            **2**        3        4        5        6        7

Empeoramiento / recaída de síntomas por esfuerzo físico y mental