

Symptoms

Síntomas de Memoria

Has tenido algún **SÍNTOMA RELACIONADO CON LA MEMORIA** desde que te enfermaste con COVID-19? *

- Sí
- No

Cuál de los siguientes síntomas relacionados a la memoria has tenido desde que te enfermaste con COVID-19? *

- Pérdida de memoria de corto plazo (memoria que dura ~30 segundos, por ejemplo recordar un número de teléfono antes de anotarlo, u olvidar que estás en medio de una tarea)
- Pérdida de memoria de largo plazo (la memoria de largo plazo va desde olvidar lo que hiciste ayer, olvidar que realizaste una tarea, olvidar información que recibiste recientemente, u olvidar tus recuerdos de tercer año de escuela)
- No ser capaz de generar nuevos recuerdos
- Olvidar cómo realizar tareas rutinarias (atarse los zapatos, lavarse las manos)
- Ninguno de los anteriores
- Otro

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? *

Por favor marcar los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si aplica)**. Incluso si sólo has experimentado estos síntomas durante parte de una semana o mes, por favor selecciónalo.

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Síntomas de Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

¿Has tenido problemas de NEBLINA MENTAL (incapacidad de concentrarse o pensar con claridad, planear, procesar, comprender y mantener una línea de pensamiento coherente, con pensamientos anormalmente lentos o rápidos) desde el nicio de tu COVID-19? *

- Sí
 No

¿Cuál de los siguientes signos de niebla cerebral/síntomas del funcionamiento cognitivo has tenido desde el inicio de tu COVID-19? *

- Dificultades con la función ejecutiva (planear, organizar, establecer una secuencia de acciones en orden, pensamiento abstracto)
- Agnosia (no reconocer o identificar objetos a pesar de mantener las capacidades sensoriales intactas)
- Dificultad para la resolución de problemas o la toma de decisiones
- Dificultad para pensar
- Pensamientos demasiado rápidos
- Pensamiento lento
- Mala atención o mala concentración
- NO tuve ningún síntoma de niebla cerebral
- Otros

¿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 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	M 6
Síntomas de funcionamiento cognitivo / niebla mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Changes to Daily/Functional Abilities due to memory loss or brain fog

¿Se ha sentido significativamente limitado o incapaz de hacer algo de lo siguiente debido a la **PÉRDIDA DE MEMORIA O CONFUSIÓN MENTAL**(incluidos problemas de atención, funcionamiento cognitivo y conciencia) específicamente specifically? *

	Incapacidad severa	Incapacidad moderada	Incapacidad ligera	C
Conducción de automóviles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Atención de niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cocinar o manipular objetos calientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alimentarse a sí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bañarse o ducharse con regularidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Incapacidad severa	Incapacidad moderada	Incapacidad ligera	C
Tomar decisiones importantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Abandonar el hogar y regresar sin perderse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

- Recordar el mes o año correctamente
- Tener conversaciones con otras personas
- Mantener su horario de medicamentos (olvidar tomar un medicamento u olvidar que ya se tomó)

Incapacidad severa Incapacidad moderada Incapacidad ligera C

- Trabajar
- Seguir instrucciones sencillas
- Comunicar sus pensamientos y necesidades

Otros

Incapacidad severa Incapacidad moderada Incapacidad ligera C

Opcional: si tiene otras áreas de su vida que se vieron afectadas por la pérdida de memoria o la confusión mental, inclúyalas aquí. Por favor anote si fueron leves, moderadas o severamente limitantes

Opcional: utilice este espacio para describir ejemplos de su confusión mental, pérdida de memoria y pérdida de capacidad de atención. No

incluya ninguna información de identificación (como nombres o ubicación).

Emotional/Behavioral Changes

Cambios emocionales y de comportamiento

En comparación con cómo se sentía antes de COVID, ¿ha experimentado un aumento en alguno de los siguientes síntomas? *

- Dificultad para controlar sus emociones
- Falta de inhibición (dificultad para controlar su comportamiento)
- Irritabilidad
- Ira
- Impulsividad (actuación por capricho sin auto control)
- Agresividad
- Euforia (sensación o estado de intensa excitación o felicidad)
- Delirios
- Depresión
- Apatía (falta de emociones, sentimientos, interés o preocupación)
- Pensamientos suicidas
- Cambios bruscos de humor
- Ansiedad

- Manía (estado de ánimo anormalmente excitado o elevado, reducción en la necesidad de sueño, acompañada ocasionalmente de delirio)
- Hipomanía (forma suave de manía)
- Melancolía o llanto no justificado
- Sensación de desastre
- Ninguna de las anteriores
- Otras

Opcional: utilice este espacio para describir ejemplos de sus cambios emocionales durante su enfermedad. No incluya ninguna información de identificación (nombres, ubicación, etc.).

Opcional: Si tuvo alguna de estas experiencias emocionales antes de COVID, describa en qué se diferenciaron después de COVID. No incluya ninguna información de identificación (nombres, ubicación, etc.).

Speech and Other Language Issues

Problemas de habla y lenguaje

¿Ha tenido algún problema con el **HABLA Y EL LENGUAJE** desde el comienzo de su enfermedad COVID-19? *

- Sí
- No

Cuál de los siguientes síntomas de discurso y lenguaje has experimentado desde el inicio de la enfermedad de COVID-19? *

- Dificultad para encontrar las palabras correctas mientras habla/escribe
- Dificultad para comunicarse verbalmente
- Dificultad para estructurar enunciados completos
- Hablar palabras irreconocibles/inexistentes
- Dificultad para comunicarse por escrito
- Dificultad para procesar/entender lo que otros dicen
- Dificultad para procesar/leer textos escritos
- (En caso de que aplique) Cambios en tus habilidades lingüísticas en tu segundo o tercer lenguaje
- Ninguna de las anteriores
- Otros

¿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 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7
Problemas lingüísticos y de discurso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eres políglota? (Hablas varios idiomas?) *

- Sí
- No Aplica

Opcional: Por favor utiliza este espacio para describir ejemplos de tus problemas lingüísticos, incluyendo discurso, escritura, lectura y escucha de palabras. Por favor incluye cualquier cambio a tu discurso/lenguaje que no se mencione previamente. Por ejemplo, si hablas varios idiomas y has notado diferentes problemas en tu idioma principal y no principal.

Headaches

Jaquecas

Has experimentado nuevos **DOLORES DE CABEZA O PROBLEMAS RELACIONADOS** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? *

- Sí
- No

Cuáles de los siguientes síntomas has experimentado desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19?? *

- Dolores de cabeza, en la base del cráneo.
- Dolores de cabeza, en las sienes
- Dolores de cabeza detrás de los ojos
- Dolores de cabeza difusos (todo el cerebro)
- Dolores de cabeza / dolor después de un esfuerzo mental
- Dolores de cabeza, otros
- Sensación de calor cerebral / "en llamas"
- Sensación de presión cerebral
- Migrañas
- Rigidez de nuca/cuello
- Ninguna de las anteriores

¿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 M

1 2 3 4 **2** 3 4 5 6 :

Dolores de
cabeza y
síntomas
relacionados

Sense of Smell and Taste

Sentido del olfato y el gusto

¿Has experimentado algún cambio en tu **SENTIDO DEL OLOR O DEL SABOR** desde el comienzo de tu enfermedad de COVID-19?*

- Sí
 No

Cuáles de los siguientes síntomas has experimentado desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? *

- Pérdida de Olfato
 Olores fantasmas (imaginar / alucinar olores, oler cosas que no existen)
 Mayor sentido del olfato
 Sentido del olfato alterado
 Pérdida de Gusto
 Sabores fantasmas (imaginar / alucinar gustos, saborear cosas cuando no hay nada en tu boca)
 Mayor sentido del gusto
 Sentido del gusto alterado
 Ninguna de las anteriores

¿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 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7
Cambios en el sentido del olfato y el gusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tuviste sabores fantasmas, por favor descríbelos:

Si tuviste olores fantasmas, por favor descríbelos:

Tremors and Vibrating Sensations

Temblores y sensaciones vibratorias

¿Has experimentado **SENSACIONES DE TEMBLOR O VIBRACIÓN** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? *

Temblor: contracción muscular rítmica e involuntaria que provoca movimientos de temblor en una o más partes del cuerpo

Sensación de vibración: una sensación de zumbido, sientes como si tus músculos, dedos o piernas vibran o tiemblan por dentro, pero no ves el movimiento

- Sí
- No

¿Cuáles de los siguientes síntomas has experimentado desde el comienzo de tu enfermedad de COVID-19? *

Por favor especifica la ubicación de tu cuerpo en el cuadro de texto. Si son múltiples ubicaciones, por favor sepáralas con una coma.

Temblores

Sensaciones vibratorias

¿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.

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensaciones Vibratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor utiliza este espacio para describir

Sleeping issues

Problemas para dormir

¿Has experimentado algún **PROBLEMA DE SUEÑO** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? *

- Sí
 No Aplica

¿Cuáles de los siguientes problemas para dormir has experimentado

desde el comienzo de tu enfermedad de COVID-19? *

- Sueños lúcidos (sueños en los que eres consciente de que estás soñando o tienes cierto control sobre lo que sueñas)
- Sueños vívidos
- Pesadillas
- Insomnio
- Sudoración nocturna
- Restless leg syndrome
- Despertar sintiendo que no puedes respirar
- Apnea del sueño
- Otros

¿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.

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos los otros síntomas de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tienes o has tenido insomnio, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor el tipo de insomnio presentado? *

- Dificultad para conciliar el sueño
- Despertar muy temprano por la mañana
- Despertar muchas veces durante la noche
- Ninguna de las anteriores

Qué te está ocasionando insomnio? *

- Dolor
- Sensibilidad al ruido/luces de afuera
- Otras molestias físicas
- Ansiedad/depresión/ pensamientos acelerados
- Dificultad para respirar
- Sensación de adrenalina/energía
- Sensación como si el virus me mantuviera despierto
- Otros

Hallucinations

Alucinaciones

Has experimentado cualquier tipo de **Alucinación** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19?

Sí

No

Cuáles de las siguientes alucinaciones has experimentado desde el comienzo de tu enfermedad de COVID-19? *

- Alucinaciones Visuales
- Alucinaciones Auditivas
- Alucinaciones Táctiles
- Otras Alucinaciones

¿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 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	...
Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations

Debilidad, entumecimiento, hormigueo, frialdad y otras sensaciones

¿Cuáles de los siguientes **SÍNTOMAS DE SENSACIÓN**

NEUROLÓGICA has experimentado desde el comienzo de tu enfermedad de COVID-19? *

Por favor especifica la ubicación de tu cuerpo en el cuadro de texto. Si son en múltiples ubicaciones, por favor sepáralas con una coma.

- Sensaciones cutáneas: ardor, hormigueo o picazón sin sarpullido
- Entumecimiento / pérdida de sensibilidad
- Entumecimiento / debilidad en un solo lado del cuerpo
- Frialdad
- Sensación de hormigueo / picazón / alfileres y agujas
- Sensación de descarga eléctrica / toques eléctricos
- Parálisis facial (indica en qué parte de la cara se presentó la parálisis)
- Sensación de presión / entumecimiento facial, lado izquierdo
- Sensación de presión / entumecimiento facial, lado derecho
- Sensación de presión / entumecimiento facial, otros:
- Debilidad
- Ninguna de las anteriores

¿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.

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Todas las sensaciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temperature Issues

Problemas de Temperatura Corporal

Has experimentado cualquier problema de regulación de **TEMPERATURA** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? *

- Sí
- No

¿Has experimentado alguno de los siguientes **PROBLEMAS DE TEMPERATURA** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? *

- Labilidad de la temperatura (cambios rápidos dentro y fuera de la fiebre o temperatura elevada)
- Intolerancia al calor

Otros problemas de temperatura (no mencionados previamente)

En caso de que hayas experimentado cualquiera de los siguientes problemas de temperatura, cuándo los has sentido? *

Please mark symptoms for the first 4 weeks, then months (if you haven't yet reached a week/month, please leave it blank). Even if you have only experienced these symptoms for part of a week or month, please select it.

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Temperatura elevada (98,8-100,4 grados Fahrenheit, 37,1-37,9 grados Celsius)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre (100,4 grados Fahrenheit / 38 grados Celsius o más)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos / sofocos / sudores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos los demás problemas de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si has tenido temperatura baja, cuál ha sido la medición más baja de temperatura? Por favor inserta solo el número

Si has tenido temperatura alta, cuál ha sido la medición más alta de temperatura? Por favor inserta solo el número

Cardiovascular Symptoms

Síntomas Cardiovasculares

¿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.

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Taquicardia (frecuencia cardíaca alta, > 90 latidos por minuto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bradicardia
(frecuencia
cardíaca baja,
<60 latidos por
minuto)

Palpitaciones del
corazón
(sensación o
conciencia de los
latidos de tu
corazón. Sentir
que tu corazón
está acelerado,
golpeando o
saltando/evitando
latidos)

Presión arterial
anormalmente
alta

Presión arterial
anormalmente
baja

Venas
visiblemente
inflamadas /
abultadas

Desmayos

Coágulos de
sangre
(trombosis)

Si tuviste taquicardia y pudiste medirla, cuál fue la medición más alta de latidos por minuto, **en reposo**?

Si tuviste taquicardia, **durante la actividad física y pudiste medirla**, cuál

fue la medición más alta de latidos por minuto?

Si tuviste taquicardia y pudiste medirla, tus latidos por minutos eran mayores cuando estabas parado a cuando estabas sentado?

- Sí, era más alta cuando estaba parado (a)
- No, era más alta cuando estaba sentado (a)
- Era más o menos lo mismo estando de pie o sentado

Si tuviste taquicardia y pudiste medirla, ¿Generalmente cuánto cambió tu frecuencia cardíaca de estar acostado a estando de pie, la última vez que lo mediste? (En latidos por minuto)

All Other Symptoms - Timecourse

Esta sección tiene varios grupos de preguntas sobre síntomas/problemas organizados por área del cuerpo (problemas genéricos, problemas gastrointestinales, síntomas respiratorios y de los senos nasales, síntomas del oído/audición, síntomas oculares, síntomas reproductivos y urinarios, síntomas de la piel y alergias, y músculos y articulaciones).

¿Experimentó estos síntomas y cuándo los experimentó? *

Marque los síntomas durante **las primeras 4 semanas,** luego **los meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo. **Si no experimentó ninguno de los síntomas en un conjunto, seleccione la casilla de verificación (Ninguno de los siguientes problemas se aplica a mí) que se encuentra sobre el conjunto agrupado.**

Síntomas Genéricos

Ninguno de los siguientes síntomas genéricos, me aplican

¿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.

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Mareos / vértigo / inestabilidad o problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuralgia (dolor de nervios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones (confirmadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones (sospecha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Episodios de dificultad para respirar / falta de aire cuando la saturación de oxígeno es normal

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Niveles bajos de oxígeno (<94%)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nueva / inesperada reacción de anafilaxia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Confusión / desorientación aguda (repentina)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Arrastrar palabras al hablar

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nivel alto de azúcar en sangre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nivel bajo de azúcar en sangre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Problemas gastrointestinales

Ninguno de los siguientes síntomas gastrointestinales, me aplica

Problemas gastrointestinales

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardor de esófago inferior / reflujo gastroesofágico / reflujo ácido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Síntomas respiratorios y sinusales

Ninguno de los siguientes síntomas respiratorios y sinusales, me aplican

Síntomas respiratorios y sinusales

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2
Tos seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos con producción de moco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opresión del pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estornudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor / ardor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rattling of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Síntomas de oídos y audición

Ninguno de los síntomas de oído y audición, me aplican

Síntomas de oídos y audición

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (Zumbido en los oídos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas de oídos y audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Síntomas de ojos y visión

Ninguno de los síntomas de ojos y visión aplican para mi

Síntomas de ojos y visión

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Me 6
Síntomas de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síntomas de ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Síntomas de los Sistemas Reproductivo y Urinario

Ninguno de los síntomas de los sistemas reproductivo y urinario, me aplican

Síntomas de los Sistemas Reproductivo y Urinario

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	I
Todos los problemas menstruales / periodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Control de Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Síntomas cutáneos y alérgicos

Ninguno de los síntomas cutáneos y alérgicos que se describen debajo, me aplican

Síntomas cutáneos y alérgicos

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2
Descamación de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petequias (pequeñas manchas moradas, rojas o marrones en la piel, generalmente en brazos, piernas, estómago, glúteos y ocasionalmente en el interior de la boca o en los párpados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dedos COVID (decoloración, hinchazón, dolor o ampollas en los dedos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatografía (escribir en la piel provoca líneas rojas donde se rascó)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuevas alergias (alimentaria, química, medioambiental, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupciones en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problemas musculares y articulares

Ninguno de los síntomas musculares y articulares que se describen debajo, me aplican

Problemas musculares y articulares

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Espasmos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Dolores articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Dolor o ardor de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[

All Other Symptoms - Checkbox

Otros Síntomas

¿Has experimentado alguno de los siguientes síntomas desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? *

(Por favor selecciona todas las opciones que apliquen.)

- Incapacidad para llorar
- Incapacidad para bostezar
- Bulto en la garganta / dificultad para tragar
- Cambios en la voz
- Toser Sangre
- Sentirte como si no fueras real / como si te estuvieras observando desde fuera de tu cuerpo (despersonalización)
- Sentir que el mundo no es real (desrealización)
- Sed extrema
- Ninguna de las anteriores

Oído y audición

- Dolor de oídos
- Cambios en el canal auditivo (como presión, bloqueo, ardor, hinchazón)

- Entumecimiento / pérdida de sensibilidad
- Sensibilidad al ruido
- Otros síntomas de oído y audición
- Ninguna de las anteriores

Ojos y Visión

- Síntomas de visión - Visión Borrosa
- Síntomas de visión - Doble visión
- Síntomas de visión - Sensibilidad a la luz
- Síntomas de visión - Visión de Tunel
- Síntomas de visión - Pérdida total de la visión
- Presión o dolor ocular
- Conjuntivitis
- Ojos inyectados en sangre
- Ojos resecos
- Enrojecimiento en el exterior de los ojos
- Floaters
- Ver cosas en tu visión periférica
- Otros problemas oculares:
- Ninguna de las anteriores

Sistemas Urinario y Reproductivo

- Menopausia Temprana
- Sangrado / manchado posmenopáusico
- Periodos anormalmente abundantes / con coagulación
- Periodos menstruales irregulares anormales

- Otros problemas menstruales
- Disminución del tamaño de los testículos / pene
- Dolor testicular
- Otros problemas de semen / pene / testículos
- Disfunción sexual (dificultad para mantener la erección, sequedad vaginal, dificultad para llegar al orgasmo)
- Problemas urinarios, otros
- Ninguna de las anteriores

Gastrointestinal

- Sentirse llena rápidamente al comer
- Dolor abdominal
- Sensaciones intestinales hiperactivas
- Ninguna de las anteriores

Piel y alergias

- Nuevas alergias (alimentaria, química, medioambiental, etc.)
- Mayor reacción a las alergias antiguas.
- Picazón en la piel
- Picazón de ojos
- Picazón, otros
- Uñas quebradizas / descoloridas
- Herpes
- Ninguna de las anteriores

Symptom Course

¿Qué tan severos son/eran los síntomas a lo largo de **las semanas/meses?** *

En caso de que hayas experimentado múltiples severidades de los síntomas dentro de un periodo de tiempo, selecciona lo más severo durante ese periodo de tiempo.

	Sin síntomas	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
Semana 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semana 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semana 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semana 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sin síntomas	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
Mes 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes 7+	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sin síntomas	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo

¿Cuáles de estas ideas describe adecuadamente tu experiencia con las

recaídas y el curso de tus síntomas en general? Por favor selecciona todas las respuestas válidas: *

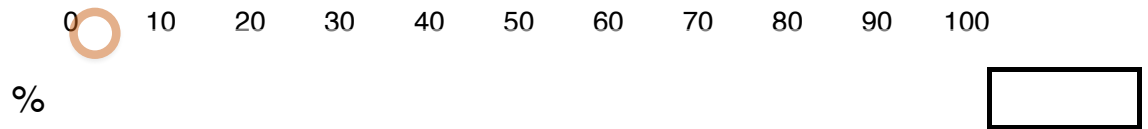
- No tengo recaídas / todavía no he experimentado recaídas.
- Mis recaídas ocurren en un patrón regular (mensual, diario o semanal).
- Mis recaídas ocurren en un patrón irregular (al azar).
- Mis recaídas ocurren en respuesta a un desencadenante (estrés, alcohol, ejercicio / esfuerzo, etc.).
- Mis recaídas son cada vez más breves / fáciles con el tiempo.
- Mis recaídas se hacen más largas / más difíciles con el tiempo.
- La gravedad de mis recaídas se ha mantenido más o menos igual a lo largo del tiempo.
- En general, mis síntomas han mejorado lentamente con el tiempo.
- En general, mis síntomas se han mantenido más o menos iguales a lo largo del tiempo.
- En general, mis síntomas han empeorado lentamente con el tiempo.
- Empeoré rápidamente.
- Mejoré rápidamente.
- Otros

¿Cuáles de las siguientes opciones desencadenan una recaída o un empeoramiento de los síntomas? Por favor selecciona todas las respuestas válidas: *

- Estrés
- Alcohol
- Cafeína
- Calor
- Periodo menstrual
- Semana previa al periodo menstrual

- Ejercicio
- Actividad física
- Actividad mental
- Otros

¿Cómo calificaría cómo te sientes hoy, en una escala del 0 al 100% (siendo el 100% tu línea de base anterior al COVID)?



Symptom Severity

Enumera mínimo tres síntomas que han sido más debilitantes durante tu recuperación. En una escala de 0-10, qué tan severos han sido? (0 es completamente bien y 10 es completamente debilitante).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Síntoma 1 *	<input type="radio"/>										
<input style="width: 250px; height: 30px;" type="text"/>											<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Síntoma 2 *	<input type="radio"/>										
<input style="width: 250px; height: 30px;" type="text"/>											<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Síntoma 3 *	<input type="radio"/>										
<input style="width: 250px; height: 30px;" type="text"/>											<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

Síntoma 4



Síntoma 5

