



COVID-19 Patient Survey - Spanish


PID 23054

Codebook ▾

Data Dictionary Codebook

06/09/2020 3:09pm

[^ Collapse all instruments](#)

	#	Variable / Field Name	Field Label <i>Field Note</i>	Field Attributes (Field Type, Validation, Choices, Calculations, etc.)								
Instrument: Covid19 Patient Survey (covid19_patient_survey)  Enabled as survey ^ Collapse												
	1	record_id	Record ID	text								
	2	page1of4	Section Header: <i>Perfil personal</i> Páginas 1 de 4	descriptive								
	3	fname_txt1	Escriba su nombre:	descriptive Question number: 1								
	4	fname		text, Required, Identifier Custom alignment: LV								
	5	lname_txt1	Escriba su apellido:	descriptive								
	6	lname		text, Required, Identifier Custom alignment: LV								
	7	dob	¿Cuál es su fecha de nacimiento?	text (date_mdy), Required, Identifier Custom alignment: LV Question number: 2 Field Annotation: @HIDEBUTTON								
	8	email_address	Email	text (email), Required, Identifier Question number: 2								
	9	mobile_phone_number	Número de teléfono celular	text (phone), Required, Identifier Question number: 3								
	10	assigned_sex	¿Sexo al nacer?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Masculino</td></tr><tr><td>2</td><td>Femenino</td></tr><tr><td>3</td><td>Otro</td></tr><tr><td>4</td><td>Prefiero no contestar</td></tr></table> Question number: 4	1	Masculino	2	Femenino	3	Otro	4	Prefiero no contestar
1	Masculino											
2	Femenino											
3	Otro											
4	Prefiero no contestar											
	11	pregnancy_status Show the field ONLY if: [assigned_sex] = '2'	¿Estás embarazada o crees estar embarazada en el próximo mes?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Yes</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Yes	0	No				
1	Yes											
0	No											
	12	gender_sex_match	¿Tienes la misma identidad de género que tu sexo al nacer?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr><tr><td>2</td><td>Prefiero no contestar</td></tr></table> Question number: 5	1	Si	0	No	2	Prefiero no contestar		
1	Si											
0	No											
2	Prefiero no contestar											

	13	gender_identity Show the field ONLY if: [gender_sex_match] = '0'	¿Cuál es tu identidad de género actual?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td colspan="2">Transgénero femenino (masculino a femenino)</td></tr><tr><td>2</td><td colspan="2">Transgénero masculino (femenino a masculino)</td></tr><tr><td>3</td><td colspan="2">Género queer</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="2">Género variable</td></tr><tr><td>5</td><td colspan="2">Femenino</td></tr><tr><td>6</td><td colspan="2">Masculino</td></tr><tr><td>7</td><td colspan="2">Autoidentificable</td></tr><tr><td>8</td><td colspan="2">Prefiero no contestar</td></tr></table> Field Annotation: @NONEOFTHEABOVE=8	1	Transgénero femenino (masculino a femenino)		2	Transgénero masculino (femenino a masculino)		3	Género queer		4	Género variable		5	Femenino		6	Masculino		7	Autoidentificable		8	Prefiero no contestar	
1	Transgénero femenino (masculino a femenino)																											
2	Transgénero masculino (femenino a masculino)																											
3	Género queer																											
4	Género variable																											
5	Femenino																											
6	Masculino																											
7	Autoidentificable																											
8	Prefiero no contestar																											
	14	gender_self_identity Show the field ONLY if: [gender_identity] = '7'	Especifica por favor tu género si escogiste Autoidentificable	text, Required																								
	15	age	¿Qué edad tienes? (años)	text (integer, Min: 0, Max: 130), Required Question number: 6																								
	16	weight	¿Cuánto pesas? (en libras)	text (integer, Min: 1, Max: 1000), Required Question number: 7																								
	17	height_header	¿Estatura?	descriptive Question number: 8																								
	18	height_feet	Pies	text (integer, Min: 0, Max: 8), Required																								
	19	height_inches	Pulgadas	text (integer, Min: 0, Max: 11), Required Custom alignment: RH																								
	20	ancestry_ethnicity	¿Cuál es tu etnicidad/ancestros?	checkbox, Required <table><tr><td>1</td><td>ancestry_ethnicity__1</td><td>Hispana or latina</td></tr><tr><td>2</td><td>ancestry_ethnicity__2</td><td>Blanco - Europeo</td></tr><tr><td>3</td><td>ancestry_ethnicity__3</td><td>Asiático</td></tr><tr><td>4</td><td>ancestry_ethnicity__4</td><td>Negro - Africano</td></tr><tr><td>5</td><td>ancestry_ethnicity__5</td><td>Americano Nativo</td></tr><tr><td>6</td><td>ancestry_ethnicity__6</td><td>Islas del Pacífico</td></tr><tr><td>7</td><td>ancestry_ethnicity__7</td><td>No lo sé</td></tr><tr><td>8</td><td>ancestry_ethnicity__8</td><td>Prefiero no contestar</td></tr></table> Question number: 9	1	ancestry_ethnicity__1	Hispana or latina	2	ancestry_ethnicity__2	Blanco - Europeo	3	ancestry_ethnicity__3	Asiático	4	ancestry_ethnicity__4	Negro - Africano	5	ancestry_ethnicity__5	Americano Nativo	6	ancestry_ethnicity__6	Islas del Pacífico	7	ancestry_ethnicity__7	No lo sé	8	ancestry_ethnicity__8	Prefiero no contestar
1	ancestry_ethnicity__1	Hispana or latina																										
2	ancestry_ethnicity__2	Blanco - Europeo																										
3	ancestry_ethnicity__3	Asiático																										
4	ancestry_ethnicity__4	Negro - Africano																										
5	ancestry_ethnicity__5	Americano Nativo																										
6	ancestry_ethnicity__6	Islas del Pacífico																										
7	ancestry_ethnicity__7	No lo sé																										
8	ancestry_ethnicity__8	Prefiero no contestar																										
	21	live_alone	¿Vives solo?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table> Question number: 10	1	Si	0	No																				
1	Si																											
0	No																											
	22	household_interaction_ages Show the field ONLY if: [live_alone] = '0'	Indica por favor las edades de la gente con la que convives en tu hogar (incluyéndote a ti, cuidadores y compañeros de cuarto -- selecciona todas las opciones que apliquen)	checkbox, Required <table><tr><td>1</td><td>household_interaction_ages__1</td><td>menores de 3 años</td></tr><tr><td>2</td><td>household_interaction_ages__2</td><td>3-6 años</td></tr><tr><td>3</td><td>household_interaction_ages__3</td><td>7-17 años</td></tr><tr><td>4</td><td>household_interaction_ages__4</td><td>18-25 años</td></tr><tr><td>5</td><td>household_interaction_ages__5</td><td>26-40 años</td></tr><tr><td>6</td><td>household_interaction_ages__6</td><td>41-64 años</td></tr><tr><td>7</td><td>household_interaction_ages__7</td><td>65-79 años</td></tr><tr><td>8</td><td>household_interaction_ages__8</td><td>80 años o mayores</td></tr></table>	1	household_interaction_ages__1	menores de 3 años	2	household_interaction_ages__2	3-6 años	3	household_interaction_ages__3	7-17 años	4	household_interaction_ages__4	18-25 años	5	household_interaction_ages__5	26-40 años	6	household_interaction_ages__6	41-64 años	7	household_interaction_ages__7	65-79 años	8	household_interaction_ages__8	80 años o mayores
1	household_interaction_ages__1	menores de 3 años																										
2	household_interaction_ages__2	3-6 años																										
3	household_interaction_ages__3	7-17 años																										
4	household_interaction_ages__4	18-25 años																										
5	household_interaction_ages__5	26-40 años																										
6	household_interaction_ages__6	41-64 años																										
7	household_interaction_ages__7	65-79 años																										
8	household_interaction_ages__8	80 años o mayores																										
	23	household_under_3 Show the field ONLY if: [household_interaction_ages (1)] = '1'	Número de personas en el hogar menores de 3 años de edad	text (integer, Min: 0, Max: 100), Required																								

	24	household_between_3_6 Show the field ONLY if: [household_interaction_ages (2)] = '1'	Número de personas en el hogar entre 3 y 6 años de edad	text (integer, Min: 0, Max: 100), Required										
	25	household_between_7_17 Show the field ONLY if: [household_interaction_ages (3)] = '1'	Número de personas en el hogar entre 7 y 17 años de edad	text (integer, Min: 0, Max: 100), Required										
	26	household_between_18_25 Show the field ONLY if: [household_interaction_ages (4)] = '1'	Número de personas en el hogar entre 18 y 25 años de edad	text (integer, Min: 0, Max: 100), Required										
	27	household_between_26_40 Show the field ONLY if: [household_interaction_ages (5)] = '1'	Número de personas en el hogar entre 26 y 40 años de edad	text (integer, Min: 0, Max: 100), Required										
	28	household_between_41_64 Show the field ONLY if: [household_interaction_ages (6)] = '1'	Número de personas en el hogar entre 41 y 64 años de edad	text (integer, Min: 0, Max: 100), Required										
	29	household_between_65_79 Show the field ONLY if: [household_interaction_ages (7)] = '1'	Número de personas en el hogar entre 65 y 79 años de edad	text (integer, Min: 0, Max: 100), Required										
	30	household_over_80 Show the field ONLY if: [household_interaction_ages (8)] = '1'	Número de personas en el hogar de 80 años o mayores de 80 años de edad	text (integer, Min: 0, Max: 100), Required										
	31	residence_type	¿Cuál es el tipo de residencia en la que vives?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Dormitorio</td></tr><tr><td>2</td><td>Casa de cuidados especiales</td></tr><tr><td>3</td><td>Apartamento</td></tr><tr><td>4</td><td>Casa</td></tr><tr><td>5</td><td>Otra</td></tr></table> Question number: 11	1	Dormitorio	2	Casa de cuidados especiales	3	Apartamento	4	Casa	5	Otra
1	Dormitorio													
2	Casa de cuidados especiales													
3	Apartamento													
4	Casa													
5	Otra													
	32	residence_other Show the field ONLY if: [residence_type] = '5'	Describe por favor "Otra" en el tipo de residencia	text, Required										
	33	patient_address	¿Cuál es tu dirección? (para propósitos de geo-localización únicamente)	notes, Required Question number: 12										
	34	page2of4	Section Header: Preguntas relacionadas con COVID-19 Página 2 de 4	descriptive										
	35	diagnosed	¿Has sido diagnosticado con COVID-19?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table> Question number: 16	1	Si	0	No						
1	Si													
0	No													
	36	testing_done	¿Te han hecho la prueba del COVID-19?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table> Question number: 17	1	Si	0	No						
1	Si													
0	No													
	37	testing_location Show the field ONLY if: [testing_done] = '1'	¿Dónde te hicieron la prueba del COVID-19?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Clínica or laboratorio / estación de autos</td></tr><tr><td>2</td><td>Emergencias</td></tr><tr><td>3</td><td>Otro</td></tr></table>	1	Clínica or laboratorio / estación de autos	2	Emergencias	3	Otro				
1	Clínica or laboratorio / estación de autos													
2	Emergencias													
3	Otro													

	38	other_test_location Show the field ONLY if: [testing_location] = '3'	Explica "Otro" en el lugar de prueba anterior	text																																																															
	39	symptoms_tested Show the field ONLY if: [testing_done] = '1'	¿Tenías síntomas cuando te hicieron la prueba?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No																																																											
1	Si																																																																		
0	No																																																																		
	40	no_symptom_testing Show the field ONLY if: [symptoms_tested] = '0'	¿Razón por la que te hicieron la prueba?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Trabajador de la salud/Personal de Emergencias</td></tr><tr><td>2</td><td>Familiar susceptible en casa</td></tr><tr><td>3</td><td>Otro</td></tr></table>	1	Trabajador de la salud/Personal de Emergencias	2	Familiar susceptible en casa	3	Otro																																																									
1	Trabajador de la salud/Personal de Emergencias																																																																		
2	Familiar susceptible en casa																																																																		
3	Otro																																																																		
	41	other_testing_reason Show the field ONLY if: [no_symptom_testing] = '3'	¿Cuál es la "Otra" razón por la que te hicieron la prueba?	text, Required																																																															
	42	symptoms	Describe tus síntomas de COVID-19 (escoge todos los que apliquen)	checkbox, Required <table><tr><td>0</td><td>symptoms__0</td><td>Ninguno</td></tr><tr><td>1</td><td>symptoms__1</td><td>Tos</td></tr><tr><td>2</td><td>symptoms__2</td><td>Garganta irritada</td></tr><tr><td>3</td><td>symptoms__3</td><td>Fiebre > 100.4 Farenheit</td></tr><tr><td>4</td><td>symptoms__4</td><td>Escalofríos</td></tr><tr><td>5</td><td>symptoms__5</td><td>Dolor de cabeza</td></tr><tr><td>6</td><td>symptoms__6</td><td>Pérdida parcial del sentido del olfato (anosmia parcial)</td></tr><tr><td>7</td><td>symptoms__7</td><td>Pérdida total del sentido del olfato (anosmia)</td></tr><tr><td>8</td><td>symptoms__8</td><td>Pérdida parcial del sentido del gusto (ageusia parcial)</td></tr><tr><td>9</td><td>symptoms__9</td><td>Pérdida total del sentido del gusto (ageusia)</td></tr><tr><td>10</td><td>symptoms__10</td><td>Problemas al respirar</td></tr><tr><td>11</td><td>symptoms__11</td><td>Fatiga / letargo</td></tr><tr><td>12</td><td>symptoms__12</td><td>Dolor muscular</td></tr><tr><td>13</td><td>symptoms__13</td><td>Mucosidad nasal</td></tr><tr><td>14</td><td>symptoms__14</td><td>Diarrea (3 o más suelto de lo normal en 24 horas)</td></tr><tr><td>15</td><td>symptoms__15</td><td>Náusea o vómito</td></tr><tr><td>16</td><td>symptoms__16</td><td>Labios morados/face</td></tr><tr><td>17</td><td>symptoms__17</td><td>Confusión mental</td></tr><tr><td>18</td><td>symptoms__18</td><td>Presión el el pecho / dolor en el pecho</td></tr><tr><td>19</td><td>symptoms__19</td><td>Conjuntivitis ligera o ojos irritados</td></tr><tr><td>20</td><td>symptoms__20</td><td>Otro</td></tr></table> Question number: 18 Field Annotation: @NONEOFTHEABOVE=0	0	symptoms__0	Ninguno	1	symptoms__1	Tos	2	symptoms__2	Garganta irritada	3	symptoms__3	Fiebre > 100.4 Farenheit	4	symptoms__4	Escalofríos	5	symptoms__5	Dolor de cabeza	6	symptoms__6	Pérdida parcial del sentido del olfato (anosmia parcial)	7	symptoms__7	Pérdida total del sentido del olfato (anosmia)	8	symptoms__8	Pérdida parcial del sentido del gusto (ageusia parcial)	9	symptoms__9	Pérdida total del sentido del gusto (ageusia)	10	symptoms__10	Problemas al respirar	11	symptoms__11	Fatiga / letargo	12	symptoms__12	Dolor muscular	13	symptoms__13	Mucosidad nasal	14	symptoms__14	Diarrea (3 o más suelto de lo normal en 24 horas)	15	symptoms__15	Náusea o vómito	16	symptoms__16	Labios morados/face	17	symptoms__17	Confusión mental	18	symptoms__18	Presión el el pecho / dolor en el pecho	19	symptoms__19	Conjuntivitis ligera o ojos irritados	20	symptoms__20	Otro
0	symptoms__0	Ninguno																																																																	
1	symptoms__1	Tos																																																																	
2	symptoms__2	Garganta irritada																																																																	
3	symptoms__3	Fiebre > 100.4 Farenheit																																																																	
4	symptoms__4	Escalofríos																																																																	
5	symptoms__5	Dolor de cabeza																																																																	
6	symptoms__6	Pérdida parcial del sentido del olfato (anosmia parcial)																																																																	
7	symptoms__7	Pérdida total del sentido del olfato (anosmia)																																																																	
8	symptoms__8	Pérdida parcial del sentido del gusto (ageusia parcial)																																																																	
9	symptoms__9	Pérdida total del sentido del gusto (ageusia)																																																																	
10	symptoms__10	Problemas al respirar																																																																	
11	symptoms__11	Fatiga / letargo																																																																	
12	symptoms__12	Dolor muscular																																																																	
13	symptoms__13	Mucosidad nasal																																																																	
14	symptoms__14	Diarrea (3 o más suelto de lo normal en 24 horas)																																																																	
15	symptoms__15	Náusea o vómito																																																																	
16	symptoms__16	Labios morados/face																																																																	
17	symptoms__17	Confusión mental																																																																	
18	symptoms__18	Presión el el pecho / dolor en el pecho																																																																	
19	symptoms__19	Conjuntivitis ligera o ojos irritados																																																																	
20	symptoms__20	Otro																																																																	
	43	symptoms_cough Show the field ONLY if: [symptoms(1)] = '1'	¿Cuántos días con tos? (si lo recuerdas)	text (integer, Min: 0, Max: 100)																																																															
	44	symptoms_cough_type Show the field ONLY if: [symptoms(1)] = '1'	Describe el tipo de tos	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Seca</td></tr><tr><td>2</td><td>Con flema</td></tr></table>	1	Seca	2	Con flema																																																											
1	Seca																																																																		
2	Con flema																																																																		
	45	symptoms_sore_throat Show the field ONLY if: [symptoms(2)] = '1'	¿Cuántos días con la garganta irritada? (Si lo recuerdas)	text (integer, Min: 1, Max: 100)																																																															

	46	symptoms_fever_days Show the field ONLY if: [symptoms(3)] = '1'	¿Cuántos días con fiebre > 100.4 F? (Si lo recuerdas)	text (integer, Min: 1, Max: 100)				
	47	symptoms_fever_max Show the field ONLY if: [symptoms(3)] = '1'	¿Cuánto fue el máximo de fiebre que registraste?	text (number, Min: 100, Max: 110), Required				
	48	symptoms_other Show the field ONLY if: [symptoms(20)] = '1'	Describe tu selección de "Otro" en los síntomas de COVID-19	notes, Required				
	49	first_symptom_warning Show the field ONLY if: datediff ([date_first_symptom], "today", "d","mdy", true)<0	Fecha de la aparición de tu primer síntoma. Por favor selecciona la fecha.	descriptive				
	50	date_first_symptom Show the field ONLY if: [symptoms(1)] = '1' or [symptoms(2)] = '1' or [symptoms(3)] = '1' or [symptoms(4)] = '1' or [symptoms(5)] = '1' or [symptoms(6)] = '1' or [symptoms(7)] = '1' or [symptoms(8)] = '1' or [symptoms(9)] = '1' or [symptoms(10)] = '1' or [symptoms(11)] = '1' or [symptoms(13)] = '1' or [symptoms(14)] = '1' or [symptoms(17)] = '1' or [symptoms(18)] = '1' or [symptoms(19)] = '1' or [symptoms(20)] = '1'	Fecha de tu primer síntoma	text (date_mdy, Min: 2019-01-12)				
	51	symptom_resolution_warning Show the field ONLY if: datediff ([date_symptom_resolution], "today", "d", "mdy", true) <0	Fecha de en que se resolvió tu primer síntoma? Selecciona la fecha	descriptive				
	52	date_symptom_resolution Show the field ONLY if: [symptoms(1)] = '1' or [symptoms(2)] = '1' or [symptoms(3)] = '1' or [symptoms(4)] = '1' or [symptoms(5)] = '1' or [symptoms(6)] = '1' or [symptoms(7)] = '1' or [symptoms(8)] = '1' or [symptoms(9)] = '1' or [symptoms(10)] = '1' or [symptoms(11)] = '1' or [symptoms(13)] = '1' or [symptoms(14)] = '1' or [symptoms(17)] = '1' or [symptoms(18)] = '1' or [symptoms(19)] = '1' or [symptoms(20)] = '1'	Fecha de en que se resolvió el primer síntoma (si se sabe)	text (date_mdy, Min: 2019-01-12)				
	53	traveled	¿Estuvo en el extranjero justo antes de enfermarse / ser expuesto o sospechoso de la infección COVID-19?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table> Question number: 19	1	Si	0	No
1	Si							
0	No							
	54	travel_country Show the field ONLY if: [traveled] = '1'	¿A qué país viajó?	text, Required				
	55	travel_start_warning Show the field ONLY if: datediff ([travel_start_date], "today", "d", "mdy", true) <0	Fecha que inició su viaje. Seleccione la fecha	descriptive				
	56	travel_start_date Show the field ONLY if: [traveled] = '1'	Fecha en que inició su viaje	text (date_mdy)				

	57	travel_end_warning Show the field ONLY if: datediff ([travel_end_date], "to day", "d","mdy", true)<0	Fecha en que finalizó su viaje. Seleccione la fecha	descriptive																																										
	58	travel_end_date Show the field ONLY if: [traveled] = '1'	Fecha del final del viaje	text (date_mdy)																																										
	59	exposure_known	¿Estuvo expuesto(a) con alguien confirmado o sospechoso de COVID-19?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si; confirmado</td></tr><tr><td>2</td><td>Si; sospechoso</td></tr><tr><td>3</td><td>No</td></tr><tr><td>4</td><td>No estoy seguro(a)</td></tr></table> Question number: 20	1	Si; confirmado	2	Si; sospechoso	3	No	4	No estoy seguro(a)																																		
1	Si; confirmado																																													
2	Si; sospechoso																																													
3	No																																													
4	No estoy seguro(a)																																													
	60	exposure_location Show the field ONLY if: [exposure_known] = '1' or [exposure_known] = '2'	¿Sucedió ésto en casa, en el trabajo o en otro lugar?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Casa</td></tr><tr><td>2</td><td>Trabajo</td></tr><tr><td>3</td><td>Otro lugar</td></tr></table>	1	Casa	2	Trabajo	3	Otro lugar																																				
1	Casa																																													
2	Trabajo																																													
3	Otro lugar																																													
	61	medication_treatment Show the field ONLY if: [diagnosed] = '1'	¿Tuvo algún tratamiento médico para su enfermedad COVID-19?	dropdown, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No																																						
1	Si																																													
0	No																																													
	62	medications_used Show the field ONLY if: [medication_treatment] = '1'	¿Sabe usted si sus doctores usaron alguno de los medicamentos a continuación para tratar su enfermedad COVID-19? (Seleccione todas las opciones que aplican)	checkbox, Required <table><tr><td>1</td><td>medications_used__1</td><td>AINEs (ibuprofeno, aspirina, naproxeno, celecoxib, diclofenaco, indomethacin, piroxicam)</td></tr><tr><td>2</td><td>medications_used__2</td><td>Acetaminofén (Tylenol)</td></tr><tr><td>3</td><td>medications_used__3</td><td>Corticosteroides (prednisona, metilprednisolona, dexametasona, hidrocortisona)</td></tr><tr><td>4</td><td>medications_used__4</td><td>IL-6 inhibidores receptores (sarilumab, tocilizumab, siltuximab)</td></tr><tr><td>5</td><td>medications_used__5</td><td>JAK inhibidores receptores (baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)</td></tr><tr><td>6</td><td>medications_used__6</td><td>Remdesivir (GS-5735) or algún otro inhibidor de proteasa</td></tr><tr><td>7</td><td>medications_used__7</td><td>Tamiflu (oseltamivir) or Xofluza (baloxavir marboxil)</td></tr><tr><td>8</td><td>medications_used__8</td><td>Cloroquina or Hidroxicloroquina</td></tr><tr><td>9</td><td>medications_used__9</td><td>Sofosbuvir</td></tr><tr><td>10</td><td>medications_used__10</td><td>Ribavirin</td></tr><tr><td>11</td><td>medications_used__11</td><td>Interferon Alpha</td></tr><tr><td>12</td><td>medications_used__12</td><td>Otro</td></tr><tr><td>13</td><td>medications_used__13</td><td>No lo sé</td></tr><tr><td>14</td><td>medications_used__14</td><td>Prefiero no contestar</td></tr></table> Field Annotation: @NONEOFTHEABOVE=14	1	medications_used__1	AINEs (ibuprofeno, aspirina, naproxeno, celecoxib, diclofenaco, indomethacin, piroxicam)	2	medications_used__2	Acetaminofén (Tylenol)	3	medications_used__3	Corticosteroides (prednisona, metilprednisolona, dexametasona, hidrocortisona)	4	medications_used__4	IL-6 inhibidores receptores (sarilumab, tocilizumab, siltuximab)	5	medications_used__5	JAK inhibidores receptores (baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)	6	medications_used__6	Remdesivir (GS-5735) or algún otro inhibidor de proteasa	7	medications_used__7	Tamiflu (oseltamivir) or Xofluza (baloxavir marboxil)	8	medications_used__8	Cloroquina or Hidroxicloroquina	9	medications_used__9	Sofosbuvir	10	medications_used__10	Ribavirin	11	medications_used__11	Interferon Alpha	12	medications_used__12	Otro	13	medications_used__13	No lo sé	14	medications_used__14	Prefiero no contestar
1	medications_used__1	AINEs (ibuprofeno, aspirina, naproxeno, celecoxib, diclofenaco, indomethacin, piroxicam)																																												
2	medications_used__2	Acetaminofén (Tylenol)																																												
3	medications_used__3	Corticosteroides (prednisona, metilprednisolona, dexametasona, hidrocortisona)																																												
4	medications_used__4	IL-6 inhibidores receptores (sarilumab, tocilizumab, siltuximab)																																												
5	medications_used__5	JAK inhibidores receptores (baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)																																												
6	medications_used__6	Remdesivir (GS-5735) or algún otro inhibidor de proteasa																																												
7	medications_used__7	Tamiflu (oseltamivir) or Xofluza (baloxavir marboxil)																																												
8	medications_used__8	Cloroquina or Hidroxicloroquina																																												
9	medications_used__9	Sofosbuvir																																												
10	medications_used__10	Ribavirin																																												
11	medications_used__11	Interferon Alpha																																												
12	medications_used__12	Otro																																												
13	medications_used__13	No lo sé																																												
14	medications_used__14	Prefiero no contestar																																												
	63	medications_used_other Show the field ONLY if: [medications_used(12)] = '1'	¿Qué otro medicamento(s) usó su doctor para tratar su enfermedad COVID-19?	notes, Required																																										

64	page3of4	Section Header: Preguntas de Salud General Página 3 de 4	descriptive																																																			
65	rate_general_health	¿Cómo calificaría su estado de salud general?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Excelente</td></tr><tr><td>2</td><td>Bueno</td></tr><tr><td>3</td><td>Regular</td></tr><tr><td>4</td><td>Pobre</td></tr></table> Question number: 21	1	Excelente	2	Bueno	3	Regular	4	Pobre																																											
1	Excelente																																																					
2	Bueno																																																					
3	Regular																																																					
4	Pobre																																																					
66	social_profile	Describa su nivel de interacción con otras personas cuando no se estaba bajo la orden de "quédate en casa" y/o la de mantener la sana distancia	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Salidas muy frecuentes (4-7 veces por semana)</td></tr><tr><td>2</td><td>Salidas a veces (2-3 veces por semana)</td></tr><tr><td>3</td><td>Casi no salía (1 o menos veces por semana)</td></tr></table> Question number: 22	1	Salidas muy frecuentes (4-7 veces por semana)	2	Salidas a veces (2-3 veces por semana)	3	Casi no salía (1 o menos veces por semana)																																													
1	Salidas muy frecuentes (4-7 veces por semana)																																																					
2	Salidas a veces (2-3 veces por semana)																																																					
3	Casi no salía (1 o menos veces por semana)																																																					
67	practicing_distancing	¿Cómo calificaría su seguimiento a las recomendaciones del CDC de mantener la sana distancia en escala del 1-5? (1 es no seguir las recomendaciones, 5 es seguir todas las recomendaciones)	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> Custom alignment: RH Question number: 23	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5																																									
1	1																																																					
2	2																																																					
3	3																																																					
4	4																																																					
5	5																																																					
68	start_distance_warning Show the field ONLY if: datediff ([start_distancing], "today", "d","mdy", true)<0	Fecha en que usted empezó a implementar la medida de sana distancia. Seleccione la fecha	descriptive																																																			
69	start_distancing Show the field ONLY if: [practicing_distancing] > 1	¿Cuándo empezó a implementar la medida de sana distancia?	text (date_mdy), Required																																																			
70	diseases_list	¿Su médico o algún otro trabajador de la salud le han indicado que tiene alguna de la enfermedades en la lista? (Seleccione todas las que aplican)	checkbox, Required <table><tr><td>1</td><td>diseases_list__1</td><td>Enfermedad pulmonar</td></tr><tr><td>2</td><td>diseases_list__2</td><td>Enfermedad del corazón</td></tr><tr><td>3</td><td>diseases_list__3</td><td>Hipertensión/ Alta presión</td></tr><tr><td>4</td><td>diseases_list__4</td><td>Hiperlipidemia / Hipercolestroleemia</td></tr><tr><td>5</td><td>diseases_list__5</td><td>Anemia</td></tr><tr><td>6</td><td>diseases_list__6</td><td>Enfermedades del hígado</td></tr><tr><td>7</td><td>diseases_list__7</td><td>Diabetes</td></tr><tr><td>8</td><td>diseases_list__8</td><td>Obesidad</td></tr><tr><td>9</td><td>diseases_list__9</td><td>Enfermedad de las articulaciones (reumatismo)</td></tr><tr><td>10</td><td>diseases_list__10</td><td>Síndrome del colon irritable</td></tr><tr><td>11</td><td>diseases_list__11</td><td>Cáncer</td></tr><tr><td>12</td><td>diseases_list__12</td><td>Fibrosis cística</td></tr><tr><td>13</td><td>diseases_list__13</td><td>Enfermedad renal crónica</td></tr><tr><td>14</td><td>diseases_list__14</td><td>Enfermedad neurológica</td></tr><tr><td>15</td><td>diseases_list__15</td><td>Demencia</td></tr><tr><td>16</td><td>diseases_list__16</td><td>Otra</td></tr><tr><td>17</td><td>diseases_list__17</td><td>Ninguna de las anteriores</td></tr></table> Question number: 24 Field Annotation: @NONEOFHEABOVE=17	1	diseases_list__1	Enfermedad pulmonar	2	diseases_list__2	Enfermedad del corazón	3	diseases_list__3	Hipertensión/ Alta presión	4	diseases_list__4	Hiperlipidemia / Hipercolestroleemia	5	diseases_list__5	Anemia	6	diseases_list__6	Enfermedades del hígado	7	diseases_list__7	Diabetes	8	diseases_list__8	Obesidad	9	diseases_list__9	Enfermedad de las articulaciones (reumatismo)	10	diseases_list__10	Síndrome del colon irritable	11	diseases_list__11	Cáncer	12	diseases_list__12	Fibrosis cística	13	diseases_list__13	Enfermedad renal crónica	14	diseases_list__14	Enfermedad neurológica	15	diseases_list__15	Demencia	16	diseases_list__16	Otra	17	diseases_list__17	Ninguna de las anteriores
1	diseases_list__1	Enfermedad pulmonar																																																				
2	diseases_list__2	Enfermedad del corazón																																																				
3	diseases_list__3	Hipertensión/ Alta presión																																																				
4	diseases_list__4	Hiperlipidemia / Hipercolestroleemia																																																				
5	diseases_list__5	Anemia																																																				
6	diseases_list__6	Enfermedades del hígado																																																				
7	diseases_list__7	Diabetes																																																				
8	diseases_list__8	Obesidad																																																				
9	diseases_list__9	Enfermedad de las articulaciones (reumatismo)																																																				
10	diseases_list__10	Síndrome del colon irritable																																																				
11	diseases_list__11	Cáncer																																																				
12	diseases_list__12	Fibrosis cística																																																				
13	diseases_list__13	Enfermedad renal crónica																																																				
14	diseases_list__14	Enfermedad neurológica																																																				
15	diseases_list__15	Demencia																																																				
16	diseases_list__16	Otra																																																				
17	diseases_list__17	Ninguna de las anteriores																																																				

71	lung_disease Show the field ONLY if: [diseases_list(1)] = '1'	¿Qué tipo de enfermedad pulmonar?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Asma</td></tr><tr><td>2</td><td>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</td></tr><tr><td>3</td><td>Fibrosis pulmonar idiopática</td></tr><tr><td>4</td><td>Bronquiectasia</td></tr><tr><td>5</td><td>Deficiencia Alfa-1 antitripsina Alpha-1 antitrypsin deficiency</td></tr><tr><td>6</td><td>Otra enfermedad pulmonar</td></tr></table>		1	Asma	2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	3	Fibrosis pulmonar idiopática	4	Bronquiectasia	5	Deficiencia Alfa-1 antitripsina Alpha-1 antitrypsin deficiency	6	Otra enfermedad pulmonar
1	Asma															
2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)															
3	Fibrosis pulmonar idiopática															
4	Bronquiectasia															
5	Deficiencia Alfa-1 antitripsina Alpha-1 antitrypsin deficiency															
6	Otra enfermedad pulmonar															
72	another_lung_disease Show the field ONLY if: [lung_disease] = '6'	Indica cuál es la "Otra" enfermedad pulmonar que te fue diagnosticada	text, Required													
73	heart_disease_type Show the field ONLY if: [diseases_list(2)] = '1'	¿Qué tipo de enfermedad cardíaca tiene? (Selecciona todas las que apliquen)	checkbox, Required <table><tr><td>1</td><td>heart_disease_type__1</td><td>Cardiopatía congénita</td></tr><tr><td>2</td><td>heart_disease_type__2</td><td>Enfermedad de la arteria coronaria/ historia de infarto de miocardio</td></tr><tr><td>3</td><td>heart_disease_type__3</td><td>Insuficiencia cardíaca congestiva</td></tr><tr><td>4</td><td>heart_disease_type__4</td><td>Otra</td></tr></table>		1	heart_disease_type__1	Cardiopatía congénita	2	heart_disease_type__2	Enfermedad de la arteria coronaria/ historia de infarto de miocardio	3	heart_disease_type__3	Insuficiencia cardíaca congestiva	4	heart_disease_type__4	Otra
1	heart_disease_type__1	Cardiopatía congénita														
2	heart_disease_type__2	Enfermedad de la arteria coronaria/ historia de infarto de miocardio														
3	heart_disease_type__3	Insuficiencia cardíaca congestiva														
4	heart_disease_type__4	Otra														
74	heart_disease_type_other Show the field ONLY if: [heart_disease_type(4)] = '1'	Indica el "Otro" tipo de enfermedad cardíaca	text													
75	diabetes_type Show the field ONLY if: [diseases_list(7)] = '1'	Tipo de diabetes	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Tipo 1</td></tr><tr><td>2</td><td>Tipo 2</td></tr></table>		1	Tipo 1	2	Tipo 2								
1	Tipo 1															
2	Tipo 2															
76	arthritis_type Show the field ONLY if: [diseases_list(9)] = '1'	¿Qué tipo de enfermedad articular?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Artritis reumatoide</td></tr><tr><td>2</td><td>Osteoartritis</td></tr><tr><td>3</td><td>Otra</td></tr></table>		1	Artritis reumatoide	2	Osteoartritis	3	Otra						
1	Artritis reumatoide															
2	Osteoartritis															
3	Otra															
77	joint_disease_other Show the field ONLY if: [arthritis_type] = '3'	Indica cuál "Otro" tipo de enfermedad articular	text, Required													

78	<div>cancer_type</div> <div>Show the field ONLY if: [diseases_list(11)] = '1'</div>	Tipo de cáncer	<div>checkbox, Required</div> <table><tr><td>1</td><td>cancer_type__1</td><td>Cáncer en el ano</td></tr><tr><td>2</td><td>cancer_type__2</td><td>Cáncer de la vejiga</td></tr><tr><td>3</td><td>cancer_type__3</td><td>Cáncer de mama</td></tr><tr><td>4</td><td>cancer_type__4</td><td>Cáncer cerebral</td></tr><tr><td>5</td><td>cancer_type__5</td><td>Cáncer cervical</td></tr><tr><td>6</td><td>cancer_type__6</td><td>Cáncer de colon</td></tr><tr><td>7</td><td>cancer_type__7</td><td>Cáncer en el esófago</td></tr><tr><td>8</td><td>cancer_type__8</td><td>Cáncer en la vesícula</td></tr><tr><td>9</td><td>cancer_type__9</td><td>Cáncer de cabeza y cuello, cualquier lugar (Nariz, boca, lengua, garganta)</td></tr><tr><td>10</td><td>cancer_type__10</td><td>Cáncer renal (tambien conocido com carcinoma celular renal)</td></tr><tr><td>11</td><td>cancer_type__11</td><td>Leucemia - Leucemia linfocítica aguda (LLA)</td></tr><tr><td>12</td><td>cancer_type__12</td><td>Leucemia - Leucemia mielógina crónica (LMC)</td></tr><tr><td>13</td><td>cancer_type__13</td><td>Cáncer del hígado (También más conocida como carcinoma hepatocelular)</td></tr><tr><td>14</td><td>cancer_type__14</td><td>Cáncer del pulmón</td></tr><tr><td>15</td><td>cancer_type__15</td><td>Linfoma (Hodgkins o no-Hodgkins)</td></tr><tr><td>16</td><td>cancer_type__16</td><td>Melanoma</td></tr><tr><td>17</td><td>cancer_type__17</td><td>Cáncer de piel no-melanoma (cánceres de células basales o escamosas)</td></tr><tr><td>18</td><td>cancer_type__18</td><td>Mieloma múltiple</td></tr><tr><td>19</td><td>cancer_type__19</td><td>Cáncer en el ovario</td></tr><tr><td>20</td><td>cancer_type__20</td><td>Cáncer de páncreas</td></tr><tr><td>21</td><td>cancer_type__21</td><td>Cáncer de Próstata</td></tr><tr><td>22</td><td>cancer_type__22</td><td>Sarcoma</td></tr><tr><td>23</td><td>cancer_type__23</td><td>Cáncer del estómago (También conocido como Cáncer gástrico)</td></tr><tr><td>24</td><td>cancer_type__24</td><td>Cáncer testicular</td></tr><tr><td>25</td><td>cancer_type__25</td><td>Cáncer de la tiroides</td></tr><tr><td>26</td><td>cancer_type__26</td><td>Cáncer uterino (también conocido como cáncera endometrial)</td></tr><tr><td>27</td><td>cancer_type__27</td><td>Un cáncer no listado arriba</td></tr></table>	1	cancer_type__1	Cáncer en el ano	2	cancer_type__2	Cáncer de la vejiga	3	cancer_type__3	Cáncer de mama	4	cancer_type__4	Cáncer cerebral	5	cancer_type__5	Cáncer cervical	6	cancer_type__6	Cáncer de colon	7	cancer_type__7	Cáncer en el esófago	8	cancer_type__8	Cáncer en la vesícula	9	cancer_type__9	Cáncer de cabeza y cuello, cualquier lugar (Nariz, boca, lengua, garganta)	10	cancer_type__10	Cáncer renal (tambien conocido com carcinoma celular renal)	11	cancer_type__11	Leucemia - Leucemia linfocítica aguda (LLA)	12	cancer_type__12	Leucemia - Leucemia mielógina crónica (LMC)	13	cancer_type__13	Cáncer del hígado (También más conocida como carcinoma hepatocelular)	14	cancer_type__14	Cáncer del pulmón	15	cancer_type__15	Linfoma (Hodgkins o no-Hodgkins)	16	cancer_type__16	Melanoma	17	cancer_type__17	Cáncer de piel no-melanoma (cánceres de células basales o escamosas)	18	cancer_type__18	Mieloma múltiple	19	cancer_type__19	Cáncer en el ovario	20	cancer_type__20	Cáncer de páncreas	21	cancer_type__21	Cáncer de Próstata	22	cancer_type__22	Sarcoma	23	cancer_type__23	Cáncer del estómago (También conocido como Cáncer gástrico)	24	cancer_type__24	Cáncer testicular	25	cancer_type__25	Cáncer de la tiroides	26	cancer_type__26	Cáncer uterino (también conocido como cáncera endometrial)	27	cancer_type__27	Un cáncer no listado arriba
1	cancer_type__1	Cáncer en el ano																																																																																		
2	cancer_type__2	Cáncer de la vejiga																																																																																		
3	cancer_type__3	Cáncer de mama																																																																																		
4	cancer_type__4	Cáncer cerebral																																																																																		
5	cancer_type__5	Cáncer cervical																																																																																		
6	cancer_type__6	Cáncer de colon																																																																																		
7	cancer_type__7	Cáncer en el esófago																																																																																		
8	cancer_type__8	Cáncer en la vesícula																																																																																		
9	cancer_type__9	Cáncer de cabeza y cuello, cualquier lugar (Nariz, boca, lengua, garganta)																																																																																		
10	cancer_type__10	Cáncer renal (tambien conocido com carcinoma celular renal)																																																																																		
11	cancer_type__11	Leucemia - Leucemia linfocítica aguda (LLA)																																																																																		
12	cancer_type__12	Leucemia - Leucemia mielógina crónica (LMC)																																																																																		
13	cancer_type__13	Cáncer del hígado (También más conocida como carcinoma hepatocelular)																																																																																		
14	cancer_type__14	Cáncer del pulmón																																																																																		
15	cancer_type__15	Linfoma (Hodgkins o no-Hodgkins)																																																																																		
16	cancer_type__16	Melanoma																																																																																		
17	cancer_type__17	Cáncer de piel no-melanoma (cánceres de células basales o escamosas)																																																																																		
18	cancer_type__18	Mieloma múltiple																																																																																		
19	cancer_type__19	Cáncer en el ovario																																																																																		
20	cancer_type__20	Cáncer de páncreas																																																																																		
21	cancer_type__21	Cáncer de Próstata																																																																																		
22	cancer_type__22	Sarcoma																																																																																		
23	cancer_type__23	Cáncer del estómago (También conocido como Cáncer gástrico)																																																																																		
24	cancer_type__24	Cáncer testicular																																																																																		
25	cancer_type__25	Cáncer de la tiroides																																																																																		
26	cancer_type__26	Cáncer uterino (también conocido como cáncera endometrial)																																																																																		
27	cancer_type__27	Un cáncer no listado arriba																																																																																		
79	<div>other_cancer_type</div> <div>Show the field ONLY if: [cancer_type(27)] = '1'</div>	Indique el tipo de cáncer que no fue listado arriba	text																																																																																	
80	<div>cancer_treatment</div> <div>Show the field ONLY if: [diseases_list(11)] = '1'</div>	Tratamientos contra el cáncer recibidos	<div>checkbox</div> <table><tr><td>1</td><td>cancer_treatment__1</td><td>Medicinas</td></tr><tr><td>2</td><td>cancer_treatment__2</td><td>Radiación</td></tr><tr><td>3</td><td>cancer_treatment__3</td><td>Inmunoterapia</td></tr></table>	1	cancer_treatment__1	Medicinas	2	cancer_treatment__2	Radiación	3	cancer_treatment__3	Inmunoterapia																																																																								
1	cancer_treatment__1	Medicinas																																																																																		
2	cancer_treatment__2	Radiación																																																																																		
3	cancer_treatment__3	Inmunoterapia																																																																																		
81	<div>past_cancer_treatment</div> <div>Show the field ONLY if: [cancer_treatment(1)] = '1' or [cancer_treatment(2)] = '1' or [cancer_treatment(3)] = '1'</div>	¿Cuánto tiempo hace que el cáncer fue tratado?	text, Required																																																																																	

82	dialysis Show the field ONLY if: [diseases_list(13)] = '1'	¿Está actualmente recibiendo diálisis para enfermedad crónica renal?	radio, Required <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Si</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>No</td> </tr> </table>	1	Si	0	No																																
1	Si																																						
0	No																																						
83	neurological_type Show the field ONLY if: [diseases_list(14)] = '1'	¿Qué tipo de enfermedad neurológica?	radio, Required <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Esclerosis amiotrófica lateral (ALS)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Esclerosis múltiple</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Parkinson's</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Huntington's</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Otra</td> </tr> </table>	1	Esclerosis amiotrófica lateral (ALS)	2	Esclerosis múltiple	3	Parkinson's	4	Huntington's	5	Otra																										
1	Esclerosis amiotrófica lateral (ALS)																																						
2	Esclerosis múltiple																																						
3	Parkinson's																																						
4	Huntington's																																						
5	Otra																																						
84	neurological_type_other Show the field ONLY if: [neurological_type] = '5'	¿Qué "Otro" tipo de enfermedad neurológica?	text, Required																																				
85	other_disease Show the field ONLY if: [diseases_list(16)] = '1'	Indique cualquier "Otra" enfermedad crónica que le haya sido diagnosticada	notes, Required																																				
86	organ_transplant_hx	¿Ha tenido algún trasplante de órgano?	radio, Required <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Si</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>No</td> </tr> </table> Question number: 25	1	Si	0	No																																
1	Si																																						
0	No																																						
87	organ_transplant Show the field ONLY if: [organ_transplant_hx] = '1'	¿Cuál órgano?	text, Required																																				
88	immune_related_conditions	¿Ha sido alguna vez diagnosticado con una enfermedad del sistema inmune?	checkbox, Required <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>immune_related_conditions__1</td> <td>Enfermedad autoinmune</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>immune_related_conditions__2</td> <td>Enfermedad inflamatoria</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>immune_related_conditions__3</td> <td>Fiebre periódica/frecuent</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>immune_related_conditions__4</td> <td>Inmunodeficiencia</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>immune_related_conditions__5</td> <td>Fuegos recurrente: o infecciones virales de la piel</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>immune_related_conditions__6</td> <td>Alergias de temporada/Fiebre del heno</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>immune_related_conditions__7</td> <td>Alergia a alimentos</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>immune_related_conditions__8</td> <td>Fuegos bucales</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>immune_related_conditions__9</td> <td>Herpes</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>immune_related_conditions__10</td> <td>Eczema</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>immune_related_conditions__11</td> <td>Urticaria</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>immune_related_conditions__12</td> <td>Ninguna de las anteriores</td> </tr> </table> Question number: 26 Field Annotation: @NONEOFTHEABOVE=12	1	immune_related_conditions__1	Enfermedad autoinmune	2	immune_related_conditions__2	Enfermedad inflamatoria	3	immune_related_conditions__3	Fiebre periódica/frecuent	4	immune_related_conditions__4	Inmunodeficiencia	5	immune_related_conditions__5	Fuegos recurrente: o infecciones virales de la piel	6	immune_related_conditions__6	Alergias de temporada/Fiebre del heno	7	immune_related_conditions__7	Alergia a alimentos	8	immune_related_conditions__8	Fuegos bucales	9	immune_related_conditions__9	Herpes	10	immune_related_conditions__10	Eczema	11	immune_related_conditions__11	Urticaria	12	immune_related_conditions__12	Ninguna de las anteriores
1	immune_related_conditions__1	Enfermedad autoinmune																																					
2	immune_related_conditions__2	Enfermedad inflamatoria																																					
3	immune_related_conditions__3	Fiebre periódica/frecuent																																					
4	immune_related_conditions__4	Inmunodeficiencia																																					
5	immune_related_conditions__5	Fuegos recurrente: o infecciones virales de la piel																																					
6	immune_related_conditions__6	Alergias de temporada/Fiebre del heno																																					
7	immune_related_conditions__7	Alergia a alimentos																																					
8	immune_related_conditions__8	Fuegos bucales																																					
9	immune_related_conditions__9	Herpes																																					
10	immune_related_conditions__10	Eczema																																					
11	immune_related_conditions__11	Urticaria																																					
12	immune_related_conditions__12	Ninguna de las anteriores																																					
89	autoimmune_dx Show the field ONLY if: [immune_related_conditions (1)] = '1'	¿Qué condición autoinmune le ha sido diagnosticada?	checkbox, Required <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>autoimmune_dx__1</td> <td>Tiroides</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>autoimmune_dx__2</td> <td>Lupus</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>autoimmune_dx__3</td> <td>Esclerosis múltiple</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>autoimmune_dx__4</td> <td>Citopenia</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>autoimmune_dx__5</td> <td>Colitis/Enfermedad del intestino inflamado</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>autoimmune_dx__6</td> <td>Otra</td> </tr> </table>	1	autoimmune_dx__1	Tiroides	2	autoimmune_dx__2	Lupus	3	autoimmune_dx__3	Esclerosis múltiple	4	autoimmune_dx__4	Citopenia	5	autoimmune_dx__5	Colitis/Enfermedad del intestino inflamado	6	autoimmune_dx__6	Otra																		
1	autoimmune_dx__1	Tiroides																																					
2	autoimmune_dx__2	Lupus																																					
3	autoimmune_dx__3	Esclerosis múltiple																																					
4	autoimmune_dx__4	Citopenia																																					
5	autoimmune_dx__5	Colitis/Enfermedad del intestino inflamado																																					
6	autoimmune_dx__6	Otra																																					

	90	other_autoimmune_dx Show the field ONLY if: [autoimmune_dx(6)] = '1'	¿Que "Otra" condición autoinmune le ha sido diagnosticada?	text, Required																																																			
	91	inflammatory_dx Show the field ONLY if: [immune_related_conditions (2)] = '1'	¿Qué condición inflamatoria le ha sido diagnosticada?	text, Required																																																			
	92	meds_taken	¿Estás tomando alguna(o) de los siguientes medicamentos (al menos una vez a la semana)? (Selecciona los medicamentos que aplican)	<table><tr><td colspan="3">checkbox, Required</td></tr><tr><td>1</td><td>meds_taken__1</td><td>Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroides AINES (aspirina, celecoxib, diclofenaco (Cambia, Cataflam, Voltaren), diflunisal, etodolac, ibuprofeno (Motrin, Advil), indometacina (Indocin), ketoprofen, ketorolac, nambumetone, naproxeno (Aleve, Anaprox, Naprelan, Naprosyn), oxaprozin (Daypro), piroxicam (Feldene), salsalate (Disalate), sulidnac, tolmetin)</td></tr><tr><td>2</td><td>meds_taken__2</td><td>Acetaminofen (Benadryl, Excedrin, Robitussin, Sinutab, Sudafed, Tylenol, Vicks y otros)</td></tr><tr><td>3</td><td>meds_taken__3</td><td>Medicamentos para Asma (broncodilatador Ventolin, albuterol)</td></tr><tr><td>4</td><td>meds_taken__4</td><td>Corticosteroides(no inhalados), Prednisone</td></tr><tr><td>5</td><td>meds_taken__5</td><td>Corticosteroides inhalados</td></tr><tr><td>6</td><td>meds_taken__6</td><td>Broncodilatadores Inhalados</td></tr><tr><td>7</td><td>meds_taken__7</td><td>Medicina para dolor de nervios, Gabapetin</td></tr><tr><td>8</td><td>meds_taken__8</td><td>Medicamento diabético, Metformin</td></tr><tr><td>9</td><td>meds_taken__9</td><td>Medicamentos Anti-TNF (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, otros)</td></tr><tr><td>10</td><td>meds_taken__10</td><td>Adelgazadores de sangre (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, etc.)</td></tr><tr><td>11</td><td>meds_taken__11</td><td>Inhibidores de la ECAInhibidores de la ECA para el tratamiento de hipertensión (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, etc.)</td></tr><tr><td>12</td><td>meds_taken__12</td><td>Estatinas para bajar colesterol (como atorvastatin or simvastatin)</td></tr><tr><td>13</td><td>meds_taken__13</td><td>Bloqueantes de los receptores de la Angiotensina para hipertensión (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.)</td></tr><tr><td>14</td><td>meds_taken__14</td><td>Inhibidores JAK (Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)</td></tr><tr><td>15</td><td>meds_taken__15</td><td>Hydroxyclorequina</td></tr><tr><td>16</td><td>meds_taken__16</td><td>Inhibidores de la vía de IL-6 (sarilumab,tocilizumab, siltuximab, otros)</td></tr></table>	checkbox, Required			1	meds_taken__1	Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroides AINES (aspirina, celecoxib, diclofenaco (Cambia, Cataflam, Voltaren), diflunisal, etodolac, ibuprofeno (Motrin, Advil), indometacina (Indocin), ketoprofen, ketorolac, nambumetone, naproxeno (Aleve, Anaprox, Naprelan, Naprosyn), oxaprozin (Daypro), piroxicam (Feldene), salsalate (Disalate), sulidnac, tolmetin)	2	meds_taken__2	Acetaminofen (Benadryl, Excedrin, Robitussin, Sinutab, Sudafed, Tylenol, Vicks y otros)	3	meds_taken__3	Medicamentos para Asma (broncodilatador Ventolin, albuterol)	4	meds_taken__4	Corticosteroides(no inhalados), Prednisone	5	meds_taken__5	Corticosteroides inhalados	6	meds_taken__6	Broncodilatadores Inhalados	7	meds_taken__7	Medicina para dolor de nervios, Gabapetin	8	meds_taken__8	Medicamento diabético, Metformin	9	meds_taken__9	Medicamentos Anti-TNF (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, otros)	10	meds_taken__10	Adelgazadores de sangre (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, etc.)	11	meds_taken__11	Inhibidores de la ECAInhibidores de la ECA para el tratamiento de hipertensión (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, etc.)	12	meds_taken__12	Estatinas para bajar colesterol (como atorvastatin or simvastatin)	13	meds_taken__13	Bloqueantes de los receptores de la Angiotensina para hipertensión (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.)	14	meds_taken__14	Inhibidores JAK (Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)	15	meds_taken__15	Hydroxyclorequina	16	meds_taken__16	Inhibidores de la vía de IL-6 (sarilumab,tocilizumab, siltuximab, otros)
checkbox, Required																																																							
1	meds_taken__1	Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroides AINES (aspirina, celecoxib, diclofenaco (Cambia, Cataflam, Voltaren), diflunisal, etodolac, ibuprofeno (Motrin, Advil), indometacina (Indocin), ketoprofen, ketorolac, nambumetone, naproxeno (Aleve, Anaprox, Naprelan, Naprosyn), oxaprozin (Daypro), piroxicam (Feldene), salsalate (Disalate), sulidnac, tolmetin)																																																					
2	meds_taken__2	Acetaminofen (Benadryl, Excedrin, Robitussin, Sinutab, Sudafed, Tylenol, Vicks y otros)																																																					
3	meds_taken__3	Medicamentos para Asma (broncodilatador Ventolin, albuterol)																																																					
4	meds_taken__4	Corticosteroides(no inhalados), Prednisone																																																					
5	meds_taken__5	Corticosteroides inhalados																																																					
6	meds_taken__6	Broncodilatadores Inhalados																																																					
7	meds_taken__7	Medicina para dolor de nervios, Gabapetin																																																					
8	meds_taken__8	Medicamento diabético, Metformin																																																					
9	meds_taken__9	Medicamentos Anti-TNF (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, otros)																																																					
10	meds_taken__10	Adelgazadores de sangre (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, etc.)																																																					
11	meds_taken__11	Inhibidores de la ECAInhibidores de la ECA para el tratamiento de hipertensión (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, etc.)																																																					
12	meds_taken__12	Estatinas para bajar colesterol (como atorvastatin or simvastatin)																																																					
13	meds_taken__13	Bloqueantes de los receptores de la Angiotensina para hipertensión (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.)																																																					
14	meds_taken__14	Inhibidores JAK (Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)																																																					
15	meds_taken__15	Hydroxyclorequina																																																					
16	meds_taken__16	Inhibidores de la vía de IL-6 (sarilumab,tocilizumab, siltuximab, otros)																																																					

17	meds_taken___17	Medicamento tiroideo levotiroxina
18	meds_taken___18	Beta-blocker para bajar la presión arterial (metoprolol, atenolol, tramadol, ...)
19	meds_taken___19	Otra (prescritos/ no-prescritos/vitaminas o suplementos)
20	meds_taken___20	Ninguno en la lista arriba

Question number: 27

Field Annotation: @NONEOFTHEABOVE=20

93	nsaids_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(1)] = '1'	¿Toma diariamente agentes no-esteroides convencionales (AINEs)?	radio, Required 1 Si 0 No
94	nsaids_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(1)] = '1'	¿Toma las agentes no-esteroides convencionales (AINEs) como están en la receta médica?	radio, Required 1 Si 0 No
95	nsaids_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(1)] = '1'	¿Cuántas dosis toma diariamente de agentes no-esteroides convencionales (AINEs)?	text
96	acetamin_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(2)] = '1'	¿Toma acetaminofen (Benadryl, Excedrin, Robitussin, Sinutab, Sudafed, Tylenol, Vicks, y otros) diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
97	acetamin_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(2)] = '1'	¿Toma el acetaminofen como está indicado?	dropdown, Required 1 Si 0 No
98	acetamin_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(2)] = '1'	¿Cuántas dosis de acetaminofen toma diariamente?	text
99	asthma_meds_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(3)] = '1'	¿Toma medicamentos para asma diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
100	asthma_meds_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(3)] = '1'	¿Toma medicamentos para el asma como están indicados?	radio, Required 1 Si 0 No
101	asthma_meds_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(3)] = '1'	¿Cuántas dosis de asma toma diariamente?	text
102	cortico_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(4)] = '1'	¿Toma corticosteroides diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
103	cortico_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(4)] = '1'	¿Toma corticosteroides como están indicados?	radio, Required 1 Si 0 No
104	cortico_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(4)] = '1'	¿Cuántas dosis de corticosteroides toma diario?	text
105	inh_cortico_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(5)] = '1'	¿Toma corticosteroides inhalados diario?	radio, Required 1 Si 0 No

106	inh_cortico_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(5)] = '1'	¿Toma corticosteroides inhalados como están indicados?	radio, Required 1 Si 0 No
107	inh_cortico_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(5)] = '1'	¿Cuántas dosis de corticosteroides inhalados toma diariamente?	text
108	dilators_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(6)] = '1'	¿Toma broncodilatadores inhalados diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
109	dilators_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(6)] = '1'	¿Toma broncodilatadores inhalados como están indicados?	radio, Required 1 Si 0 No
110	dilators_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(6)] = '1'	¿Cuántas dosis de broncodilatadores inhalados diario?	text
111	nerve_med_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(7)] = '1'	¿Toma medicamento para dolor de nervios (Gabapetin) diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
112	nerve_med_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(7)] = '1'	¿Toma medicamento para dolor de nervios (Gabapetin) como está indicado?	radio, Required 1 Si 0 No
113	nerve_med_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(7)] = '1'	¿Cuantas dosis de medicamento para dolor de nervios (Gabapetin) toma diariamente?	text
114	diabetic_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(8)] = '1'	¿Toma medicamento para la diabetes (Metformin) diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
115	diabetic_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(8)] = '1'	¿Toma medicamento para la diabetes como está indicado?	radio, Required 1 Si 0 No
116	diabetic_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(8)] = '1'	¿Cuántas dosis de medicina para la diabetes (Metformin) diariamente?	text
117	anti_tnf_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(9)] = '1'	¿Toma medicamentos anti-TNF (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, otros) diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
118	anti_tnf_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(9)] = '1'	¿Toma los medicamentos anti-TNF convencionales (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, others) como está indicado?	radio, Required 1 Si 0 No
119	anti_tnf_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(9)] = '1'	¿Cuántas dosis de medicamentos anti-TNF (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, otros) toma diariamente?	text
120	thinner_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(10)] = '1'	¿Toma medicamentos que adelgazan la sangre (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, etc.) diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
121	thinner_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(10)] = '1'	¿Toma los medicamentos de adelgazamiento de la sangre (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, etc.) como estan indicados?	radio, Required 1 Si 0 No
122	thinner_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(10)] = '1'	¿Cuántas dosis de medicamentos de adelgazamiento de sangre (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin, etc.) diariamente?	text

123	ace_inhib_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(11)] = '1'	¿Toma Inhibidores de la ECA para el tratamiento de hipertensión (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, etc.) diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
124	ace_inhib_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(11)] = '1'	¿Toma inhibidores de ECA para el tratamiento de hipertensión (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, etc.) como están indicados?	radio, Required 1 Si 0 No
125	ace_inhib_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(11)] = '1'	¿Cuántas dosis de los inhibidores de la ECA para el tratamiento de hipertensión (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinopril, etc.) toma diariamente?	text
126	statin_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(12)] = '1'	¿Toma estatinas para bajar el colesterol (como atorvastatina o simvastatina) diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
127	statin_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(12)] = '1'	¿Toma estatinas para bajar el colesterol (como atorvastatina o simvastatina) como esta indicado?	radio, Required 1 Si 0 No
128	statin_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(12)] = '1'	¿Cuántas dosis de estatina para bajar el colester (tales como atorvastatina o simvastatina) diariamente?	text
129	angiotensin_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(13)] = '1'	¿Toma bloqueadores del receptor de angiotensina para hipertensión (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.) diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
130	angiotensin_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(13)] = '1'	¿Toma bloqueadores del receptor de angiotensina para hipertensión (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.) como es indicado?	radio, Required 1 Si 0 No
131	angiotensin_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(13)] = '1'	¿Cuántas dosis de bloqueadores del receptor de angiotensina para hipertensión (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.) toma diariamente?	text
132	jak_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(14)] = '1'	¿Toma inhibidores JAK (Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib) diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
133	jak_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(14)] = '1'	¿Toma inhibidores JAK (Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib) como es indicado?	radio, Required 1 Si 0 No
134	jak_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(14)] = '1'	¿Cuántas dosis de inhibidores JAK (Baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib) toma diariamente?	text
135	hydroxychlor_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(15)] = '1'	¿Toma Hidroxicloroquina diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
136	hydroxychlor_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(15)] = '1'	¿Toma Hidroxicloroquina como es indicado?	radio, Required 1 Si 0 No
137	hydroxychlor_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(15)] = '1'	¿Cuántas dosis de Hidroxicloroquina toma diariamente?	text
138	il6_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(16)] = '1'	¿Toma inhibidores receptores de IL-6 (sarilumab,tocilizumab, siltuximab, others) diariamente?	radio, Required 1 Si 0 No
139	il6_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(16)] = '1'	¿Toma inhibidores receptores de IL-6 (sarilumab,tocilizumab, siltuximab, others) como es indicado?	radio, Required 1 Si 0 No

	140	il6_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(16)] = '1'	¿Cuántas dosis de inhibidores receptores de IL-6 (sarilumab,tocilizumab, siltuximab, others) toma diariamente?	text									
	141	thyroid_med_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(17)] = '1'	¿Toma medicamento para la tiroides levothyroxine diariamente?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No					
1	Si												
0	No												
	142	thyroid_med_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(17)] = '1'	¿Toma medicamento para la tiroides levothyroxineas como es indicado?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No					
1	Si												
0	No												
	143	thyroid_med_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(17)] = '1'	¿Cuántas dosis de medicamentos para la tiroides levothyroxine toma diariamente?	text									
	144	beta_blocker_daily Show the field ONLY if: [meds_taken(18)] = '1'	¿Toma beta-blocker para bajar la presión arterial (metoprolol, atenolol, tramadol, etc.) diariamente?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No					
1	Si												
0	No												
	145	beta_blocker_as_prescribed Show the field ONLY if: [meds_taken(18)] = '1'	¿Toma beta-blocker para bajar la presión arterial (metoprolol, atenolol, tramadol, etc.) como es indicado?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No					
1	Si												
0	No												
	146	beta_blocker_num_doses Show the field ONLY if: [meds_taken(18)] = '1'	¿Cuántas dosis de beta-blockers para bajar la presion arterial (metoprolol, atenolol, tramadol, etc.) toma diariamente?	text									
	147	header_describe_other Show the field ONLY if: [meds_taken(19)] = '1'	Por favor describe la información en otros medicamentos abajo	descriptive									
	148	other_drug_types Show the field ONLY if: [meds_taken(19)] = '1'	¿Qué otras clases de medicamentos toma regularmente?	checkbox, Required <table><tr><td>1</td><td>other_drug_types__1</td><td>Prescritos</td></tr><tr><td>2</td><td>other_drug_types__2</td><td>No-prescritos</td></tr><tr><td>3</td><td>other_drug_types__3</td><td>Vitaminas/suplementos</td></tr></table>	1	other_drug_types__1	Prescritos	2	other_drug_types__2	No-prescritos	3	other_drug_types__3	Vitaminas/suplementos
1	other_drug_types__1	Prescritos											
2	other_drug_types__2	No-prescritos											
3	other_drug_types__3	Vitaminas/suplementos											
	149	other_drug_1 Show the field ONLY if: [meds_taken(19)] = '1'	Otros nombres de medicamentos/vitaminas/suplementos	text, Required									
	150	other_daily_1 Show the field ONLY if: [meds_taken(19)] = '1'	¿Toma [other_drug_1] diariamente?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No					
1	Si												
0	No												
	151	other_check_1 Show the field ONLY if: [meds_taken(19)] = '1'	¿Toma algún otro medicamento/vitamina/suplementos?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No					
1	Si												
0	No												
	152	other_drug_2 Show the field ONLY if: [other_check_1] = '1'	Nombre de Otro medicamento/vitaminas/suplemento	text, Required									
	153	other_daily_2 Show the field ONLY if: [other_check_1] = '1'	¿Toma [other_drug_2] diariamente?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No					
1	Si												
0	No												
	154	other_check_2 Show the field ONLY if: [other_check_1] = '1'	¿Toma algún otro medicamento/vitaminas/suplementos?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No					
1	Si												
0	No												
	155	other_drug_3 Show the field ONLY if: [other_check_2] = '1'	Nombre del Otro medicamento/vitaminas/suplemento	text, Required									
	156	other_daily_3 Show the field ONLY if: [other_check_2] = '1'	¿toma [other_drug_3] diariamente?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No					
1	Si												
0	No												

157	other_check_3 Show the field ONLY if: [other_check_2] = '1'	¿Toma algún otro medicamento/vitaminas/suplementos?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No		
1	Si								
0	No								
158	other_drug_4 Show the field ONLY if: [other_check_3] = '1'	Nombre de Otro medicamento/vitaminas/suplementos	text, Required						
159	other_daily_4 Show the field ONLY if: [other_check_3] = '1'	¿Toma [other_drug_4] diariamente?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No		
1	Si								
0	No								
160	other_check_4 Show the field ONLY if: [other_check_3] = '1'	¿Toma algún otro medicamento/vitaminas/suplementos?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No		
1	Si								
0	No								
161	other_drug_5 Show the field ONLY if: [other_check_4] = '1'	Nombre del Otro medicamento/vitaminas/suplemento	text, Required						
162	other_daily_5 Show the field ONLY if: [other_check_4] = '1'	¿Toma [other_drug_5] diariamente?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No		
1	Si								
0	No								
163	other_check_5 Show the field ONLY if: [other_check_4] = '1'	¿Toma algún otro medicamento/vitaminas/suplementos?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No		
1	Si								
0	No								
164	other_drug_6 Show the field ONLY if: [other_check_5] = '1'	Nombre del Otro medicamento/vitaminas/suplementos	text, Required						
165	other_daily_6 Show the field ONLY if: [other_check_5] = '1'	¿Toma [other_drug_6] diariamente?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No		
1	Si								
0	No								
166	other_check_6 Show the field ONLY if: [other_check_5] = '1'	¿Toma algún otro medicamento/vitaminas/suplementos?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No		
1	Si								
0	No								
167	other_drug_7 Show the field ONLY if: [other_check_6] = '1'	Nombre del Otro medicamento/vitaminas/suplemento	text, Required						
168	other_daily_7 Show the field ONLY if: [other_check_6] = '1'	¿Toma [other_drug_7] diariamente?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No		
1	Si								
0	No								
169	flu_vaccine_received	¿Tomó la vacuna de la influenza en esta temporada (los últimos 6 meses)?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr><tr><td>2</td><td>No lo recuerdo</td></tr></table> Question number: 28	1	Si	0	No	2	No lo recuerdo
1	Si								
0	No								
2	No lo recuerdo								
170	flu_vaccine_warning Show the field ONLY if: datediff ([flu_vaccine_date], "to day", "d","mdy", true)<0	Fecha en la que tomó la vacuna de la influenza? Selecciona la fecha	descriptive						
171	flu_vaccine_date Show the field ONLY if: [flu_vaccine_received] = '1'	Fecha que recibió la vacuna de la influenza (Si lo recuerda)	text (date_mdy)						

172	last_flu_remembered	¿Recuerda la última vez que se enfermó de influenza o una enfermedad similar antes de la pandemia COVID-19?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table> Question number: 29	1	Si	0	No																				
1	Si																										
0	No																										
173	last_flu_year Show the field ONLY if: [last_flu_remembered] = '1'	Aproximadamente ¿Qué año fue la última vez que se enfermó de influenza o una enfermedad similar?	text (integer, Min: 1900, Max: 2020)																								
174	last_flu_month Show the field ONLY if: [last_flu_remembered] = '1'	Aproximadamente, ¿Qué mes en [last_flu_year] tuvo la influenza?	dropdown (autocomplete) <table><tr><td>1</td><td>Enero</td></tr><tr><td>2</td><td>Febrero</td></tr><tr><td>3</td><td>Marzo</td></tr><tr><td>4</td><td>Abril</td></tr><tr><td>5</td><td>Mayo</td></tr><tr><td>6</td><td>Junio</td></tr><tr><td>7</td><td>Julio</td></tr><tr><td>8</td><td>Agosto</td></tr><tr><td>9</td><td>Septiembre</td></tr><tr><td>10</td><td>Octubre</td></tr><tr><td>11</td><td>Noviembre</td></tr><tr><td>12</td><td>Diciembre</td></tr></table>	1	Enero	2	Febrero	3	Marzo	4	Abril	5	Mayo	6	Junio	7	Julio	8	Agosto	9	Septiembre	10	Octubre	11	Noviembre	12	Diciembre
1	Enero																										
2	Febrero																										
3	Marzo																										
4	Abril																										
5	Mayo																										
6	Junio																										
7	Julio																										
8	Agosto																										
9	Septiembre																										
10	Octubre																										
11	Noviembre																										
12	Diciembre																										
175	last_flu_warning Show the field ONLY if: [last_flu_year]>2020	Año en que sufrió la última enfermedad de influenza o similar. Indique la fecha.	descriptive																								
176	last_flu_hospital Show the field ONLY if: [last_flu_remembered] = '1'	¿Ha sido hospitalizado debido a la influenza?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Si	0	No																				
1	Si																										
0	No																										
177	flu_frequency	¿Qué tan frecuente se enferma de influenza o de una enfermedad similar a la influenza?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Nunca</td></tr><tr><td>2</td><td>Raramente</td></tr><tr><td>3</td><td>Una vez al año</td></tr><tr><td>4</td><td>Dos veces al año o más</td></tr></table> Question number: 30	1	Nunca	2	Raramente	3	Una vez al año	4	Dos veces al año o más																
1	Nunca																										
2	Raramente																										
3	Una vez al año																										
4	Dos veces al año o más																										
178	last_antibiotics	¿Cuándo fue la última vez que tomó el último tratamiento de antibióticos?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>En este momento</td></tr><tr><td>2</td><td>Este mes</td></tr><tr><td>3</td><td>El mes pasado</td></tr><tr><td>4</td><td>En los pasados 2 meses</td></tr><tr><td>5</td><td>En los pasados 6 meses</td></tr><tr><td>6</td><td>En el último año</td></tr><tr><td>7</td><td>Más de un año</td></tr><tr><td>8</td><td>Nunca/No lo recuerdo</td></tr></table> Question number: 31	1	En este momento	2	Este mes	3	El mes pasado	4	En los pasados 2 meses	5	En los pasados 6 meses	6	En el último año	7	Más de un año	8	Nunca/No lo recuerdo								
1	En este momento																										
2	Este mes																										
3	El mes pasado																										
4	En los pasados 2 meses																										
5	En los pasados 6 meses																										
6	En el último año																										
7	Más de un año																										
8	Nunca/No lo recuerdo																										

179	antibiotics_purpose Show the field ONLY if: [last_antibiotics] = '1' or [last_antibiotics] = '2' or [last_antibiotics] = '3' or [last_antibiotics] = '4' or [last_antibiotics] = '5' or [last_antibiotics] = '6' or [last_antibiotics] = '7'	¿Para qué propósito le fue indicado antibiótico la última vez que tomó antibióticos? Selecciona todas las opciones que apliquen	checkbox, Required <table><tr><td>1</td><td>antibiotics_purpose__1</td><td>Infección respiratoria (faringitis causada por estreptococo, sinusitis, bronquitis, neumonía?)</td></tr><tr><td>2</td><td>antibiotics_purpose__2</td><td>Gastroenteritis, que causó diarrea y/o vómito</td></tr><tr><td>3</td><td>antibiotics_purpose__3</td><td>Infección del tracto urinario</td></tr><tr><td>4</td><td>antibiotics_purpose__4</td><td>Infección de la piel o de una herida</td></tr><tr><td>5</td><td>antibiotics_purpose__5</td><td>Otro propósito</td></tr><tr><td>6</td><td>antibiotics_purpose__6</td><td>No lo sé</td></tr></table>	1	antibiotics_purpose__1	Infección respiratoria (faringitis causada por estreptococo, sinusitis, bronquitis, neumonía?)	2	antibiotics_purpose__2	Gastroenteritis, que causó diarrea y/o vómito	3	antibiotics_purpose__3	Infección del tracto urinario	4	antibiotics_purpose__4	Infección de la piel o de una herida	5	antibiotics_purpose__5	Otro propósito	6	antibiotics_purpose__6	No lo sé
1	antibiotics_purpose__1	Infección respiratoria (faringitis causada por estreptococo, sinusitis, bronquitis, neumonía?)																			
2	antibiotics_purpose__2	Gastroenteritis, que causó diarrea y/o vómito																			
3	antibiotics_purpose__3	Infección del tracto urinario																			
4	antibiotics_purpose__4	Infección de la piel o de una herida																			
5	antibiotics_purpose__5	Otro propósito																			
6	antibiotics_purpose__6	No lo sé																			
180	page4of4	Section Header: Preguntas de estilo de vida Página 4 de 4	descriptive																		
181	recreational_drug_use	¿Utilizas drogas como la marihuana?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Si</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table> Question number: 13	1	Si	0	No														
1	Si																				
0	No																				
182	rec_drug_frequency Show the field ONLY if: [recreational_drug_use] = '1'	¿Qué tan seguido utilizas drogas?	dropdown, Required <table><tr><td>1</td><td>Diariamente</td></tr><tr><td>2</td><td>Varias veces a la semana</td></tr><tr><td>3</td><td>Una vez por semana</td></tr><tr><td>4</td><td>Varias veces en el mes</td></tr><tr><td>5</td><td>Una vez al mes</td></tr><tr><td>6</td><td>Raramente</td></tr></table>	1	Diariamente	2	Varias veces a la semana	3	Una vez por semana	4	Varias veces en el mes	5	Una vez al mes	6	Raramente						
1	Diariamente																				
2	Varias veces a la semana																				
3	Una vez por semana																				
4	Varias veces en el mes																				
5	Una vez al mes																				
6	Raramente																				
183	smoking	¿Fumas cigarrillos?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Nunca he fumado</td></tr><tr><td>2</td><td>Nunca he fumado regularmente</td></tr><tr><td>3</td><td>Fumaba antes pero lo dejé</td></tr><tr><td>4</td><td>Fumo raramente</td></tr><tr><td>5</td><td>Fumo diariamente</td></tr></table> Question number: 14	1	Nunca he fumado	2	Nunca he fumado regularmente	3	Fumaba antes pero lo dejé	4	Fumo raramente	5	Fumo diariamente								
1	Nunca he fumado																				
2	Nunca he fumado regularmente																				
3	Fumaba antes pero lo dejé																				
4	Fumo raramente																				
5	Fumo diariamente																				
184	smoking_daily_avg Show the field ONLY if: [smoking] = '5'	¿Cuántos cigarros en promedio fumas al día?	text (integer, Min: 1, Max: 200), Required																		
185	vaping	¿Vapeas?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Nunca he vapeado</td></tr><tr><td>2</td><td>Nunca he vapeado regularmente</td></tr><tr><td>3</td><td>Solía vapear pero ya lo dejé</td></tr><tr><td>4</td><td>Vapeo raramente</td></tr><tr><td>5</td><td>Vapeo diario</td></tr></table> Question number: 15	1	Nunca he vapeado	2	Nunca he vapeado regularmente	3	Solía vapear pero ya lo dejé	4	Vapeo raramente	5	Vapeo diario								
1	Nunca he vapeado																				
2	Nunca he vapeado regularmente																				
3	Solía vapear pero ya lo dejé																				
4	Vapeo raramente																				
5	Vapeo diario																				
186	education_level	¿Cuál es su nivel de educación?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Primaria</td></tr><tr><td>2</td><td>Escuela vocacional</td></tr><tr><td>3</td><td>Preparatoria</td></tr><tr><td>4</td><td>Universidad/Licenciatura o Ingeniería</td></tr><tr><td>5</td><td>Maestría o más</td></tr></table> Question number: 32	1	Primaria	2	Escuela vocacional	3	Preparatoria	4	Universidad/Licenciatura o Ingeniería	5	Maestría o más								
1	Primaria																				
2	Escuela vocacional																				
3	Preparatoria																				
4	Universidad/Licenciatura o Ingeniería																				
5	Maestría o más																				

187	job_title	¿Qué puesto tiene en su trabajo?	text Question number: 33																					
188	hazard_exposure	¿Tiene situaciones de riesgo en su trabajo?	checkbox, Required <table><tr><td>1</td><td>hazard_exposure__1</td><td>Gases tóxicos</td></tr><tr><td>2</td><td>hazard_exposure__2</td><td>Edificios Médicos</td></tr><tr><td>3</td><td>hazard_exposure__3</td><td>Plomo</td></tr><tr><td>4</td><td>hazard_exposure__4</td><td>Asbestos</td></tr><tr><td>5</td><td>hazard_exposure__5</td><td>Trabajo que cause sudoración/deshidratación/trab físico excesivo</td></tr><tr><td>6</td><td>hazard_exposure__6</td><td>Otro</td></tr><tr><td>7</td><td>hazard_exposure__7</td><td>Ninguno de los anteriores</td></tr></table> Question number: 34 Field Annotation: @NONEOFTHEABOVE=7	1	hazard_exposure__1	Gases tóxicos	2	hazard_exposure__2	Edificios Médicos	3	hazard_exposure__3	Plomo	4	hazard_exposure__4	Asbestos	5	hazard_exposure__5	Trabajo que cause sudoración/deshidratación/trab físico excesivo	6	hazard_exposure__6	Otro	7	hazard_exposure__7	Ninguno de los anteriores
1	hazard_exposure__1	Gases tóxicos																						
2	hazard_exposure__2	Edificios Médicos																						
3	hazard_exposure__3	Plomo																						
4	hazard_exposure__4	Asbestos																						
5	hazard_exposure__5	Trabajo que cause sudoración/deshidratación/trab físico excesivo																						
6	hazard_exposure__6	Otro																						
7	hazard_exposure__7	Ninguno de los anteriores																						
189	hazard_other Show the field ONLY if: [hazard_exposure(6)] = '1'	Describe otros riesgos en su trabajo	notes, Required																					
190	exercise_level	¿Cuál es su nivel típico de actividad física?	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Leo, veo TV, y hago actividades que no son físicamente demandantes.</td></tr><tr><td>2</td><td>Camino, hago bicicleta, o alguna otra actividad física demandante por varios días a la semana. Incluyendo: caminar, pescar, cazar y jardinería</td></tr><tr><td>3</td><td>Hago deportes de alto rendimiento por muchas horas a la semana. Incluyendo trotar, esquiar, levantamiento de pesas, calistenia, nadar, juegos con pelota y jardinería que es físicamente demandante.</td></tr><tr><td>4</td><td>Entreno para deportes competitivos regularment varias veces a la semana.</td></tr></table> Question number: 35	1	Leo, veo TV, y hago actividades que no son físicamente demandantes.	2	Camino, hago bicicleta, o alguna otra actividad física demandante por varios días a la semana. Incluyendo: caminar, pescar, cazar y jardinería	3	Hago deportes de alto rendimiento por muchas horas a la semana. Incluyendo trotar, esquiar, levantamiento de pesas, calistenia, nadar, juegos con pelota y jardinería que es físicamente demandante.	4	Entreno para deportes competitivos regularment varias veces a la semana.													
1	Leo, veo TV, y hago actividades que no son físicamente demandantes.																							
2	Camino, hago bicicleta, o alguna otra actividad física demandante por varios días a la semana. Incluyendo: caminar, pescar, cazar y jardinería																							
3	Hago deportes de alto rendimiento por muchas horas a la semana. Incluyendo trotar, esquiar, levantamiento de pesas, calistenia, nadar, juegos con pelota y jardinería que es físicamente demandante.																							
4	Entreno para deportes competitivos regularment varias veces a la semana.																							
191	exercise_location Show the field ONLY if: [exercise_level] = '3' or [exercis e_level] = '4'	¿Dónde hace ejercicio? (Seleccione todas las opciones que apliquen)	checkbox, Required <table><tr><td>1</td><td>exercise_location__1</td><td>En el hogar</td></tr><tr><td>2</td><td>exercise_location__2</td><td>Gimnasio</td></tr><tr><td>3</td><td>exercise_location__3</td><td>Al aire libre</td></tr></table>	1	exercise_location__1	En el hogar	2	exercise_location__2	Gimnasio	3	exercise_location__3	Al aire libre												
1	exercise_location__1	En el hogar																						
2	exercise_location__2	Gimnasio																						
3	exercise_location__3	Al aire libre																						
192	exercise_days_home Show the field ONLY if: [exercise_location(1)] = '1'	¿Cuántos días a la semana hace ejercicio en su casa?	text (integer), Required																					
193	exercise_days_gym Show the field ONLY if: [exercise_location(2)] = '1'	¿Cuántos días a la semana hace ejercicio en el gimnasio?	text (integer), Required																					
194	exercise_days_outdoors Show the field ONLY if: [exercise_location(3)] = '1'	¿Cuántos días a la semana hace ejercicio al aire libre?	text (integer), Required																					
195	covid19_patient_survey_compl ete	Section Header: <i>Form Status</i> Complete?	dropdown <table><tr><td>0</td><td>Incomplete</td></tr><tr><td>1</td><td>Unverified</td></tr><tr><td>2</td><td>Complete</td></tr></table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete															
0	Incomplete																							
1	Unverified																							
2	Complete																							