

## **Covid\_objective**

En las PASADAS DOS SEMANAS, ¿has tenido algunos de los siguientes síntomas? (Por favor marca todo lo que se aplica).

- La fiebre
- Tos seca
- La fatiga
- Falta de aliento
- El dolor de cabeza
- El dolor de músculo o articulación
- El de garganta
- Náuseas o vómitos
- Los escalofríos
- Congestión nasal
- Tos mojado (moco de los pulmones)
- Pérdida de olor o saber
- Otro (por favor describe)

¿Alguna vez ha sido probado por COVID-19 por un doctor profesional?

¿Usted o algún familiar, alguna vez ha sido puesto en cuarentena en casa por un médico profesional (doctor o enfermero) debido a un posible diagnóstico por el COVID-19?  
(Esto NO es lo mismo que ser ordenado por un alcalde o gobernador para que usted se refugie en su lugar(casa)).

¿Por cuánto tiempo?

¿Alguna vez ha sido hospitalizado debido al COVID-19?

¿Por cuánto tiempo?

¿Conoce alguien personalmente que ha sido diagnosticado (cualquiera con un examen o por un médico profesional) con COVID-19?

¿Cuántas personas?

¿Cuál era su relación a ellos? (maestro, abuela, amiga, vecino, etc.)

¿Cuántos de ellos viven en su casa?

¿Conoce alguien personalmente que ha sido hospitalizado debido a COVID-19?

¿Cuántos de ellos viven en su casa?

¿Conoce alguien personalmente que murió debido a COVID-19?

¿Cuántas personas?

¿Cuál era su relación a ellos? (maestro, abuela, amiga, vecino, etc.)

¿Cuántos de ellos viven en su casa?

¿Su estado emitió una orden para quedarse en casa?

¿Se siente preocupado por el COVID-19?

En las PASADAS DOS SEMANAS, ¿cuánto ha seguido las restricciones “distanciamiento social” o “refugio en lugar” (por ejemplo ir a una caminata o una carrera, caminar a una mascota, pasar tiempo en su patio trasero, jugar deportes al libre sin contacto con miembros de su familia).

¿Usted no ha podido trabajar debido a cambios relacionados con COVID-19?

¿Perdió ingresos debido a COVID-19?

En el mes pasado, ¿con qué frecuencia siguiente ha hecho esta declaración en su hogar?  
“La comida que compramos ya está por acabarse y no tenemos dinero para comprar más.”

- Nunca cierto
- A veces cierto
- Poco cierto

¿Su familia está preocupada sobre el costo de las pruebas o tratamiento para COVID-19?

¿Quién está viviendo en su hogar? (Marca todo lo que aplica)

- Abuelos (adoptivo, biológico, o de acogida)
- Padres (adoptivo, biológico, o de acogida)
- Hermanos (adoptivo, biológico, o de acogida)
- Otros adultos que son miembros de la familia (por ejemplo tíos)
- Otros niños que son miembros de la familia (por ejemplo primos)
- Amigos de la familia
- Otros (por favor describe)

Las siguientes preguntas son sobre niño 1

En las PASADAS DOS SEMANAS, ¿niño 1 ha tenido algunos de los siguientes síntomas? (Por favor marca todo lo que se aplica).

- La fiebre
- Tos seca

- La fatiga
- Falta de aliento
- El dolor de cabeza
- El dolor de músculo o articulación
- El de garganta
- Náuseas o vómitos
- Los escalofríos
- Congestión nasal
- Tos mojado (moco de los pulmones)
- Pérdida de olor o saber
- Otro (por favor describe)

¿Alguna vez niño 1 ha sido probado por COVID-19 por un médico profesional?

¿Alguna vez niño 1 ha sido hospitalizado debido a COVID-19?

¿Para cuánto tiempo?

¿La escuela de niño 1 cerró debido a COVID-19?

¿Aproximadamente qué fecha cerró?

¿Se han reanudado las clases en línea?

¿Niño 1 tiene acceso fácil al internet y una computadora o una tablet?

¿Hay tarea para niño 1 completar?

¿Niño 1 puede recibir comidas de la escuela?

¿Ha reabierto la escuela de niño 1?

¿Aproximadamente, qué fecha se reanudó?

¿Qué tan involucrado está usted en ayudar al niño 1 con las tareas escolares?