

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
- Diarrea
- 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).

0, En absoluto, sigo saliendo todo el tiempo

1, Salgo regularmente, pero tomo precauciones (e.g. llevar una mascarilla, distanciamiento social etc.)

2, Salgo a veces y tomo precauciones (e.g. llevar una mascarilla, distanciamiento social etc.)

3, Solo salgo para los esenciales (e.g. los comestibles, pasear al perro)

4, Rara vez salgo mi casa

5, Nunca salgo mi casa

¿Ha realizado algún cambio en su estilo de vida diario para reducir el riesgo debido a COVID-19?

¿Por que está haciendo estos cambios?

(Por favor marca todo lo se aplica)

1, Pienso que lo puede salvar vidas

2, Los funcionarios gubernamentales lo recomiendan o lo requieren.

3, Tengo miedo de enfermarme.

4, Me preocupa que pueda enfermar a mi familia o amigos.

5, Otro

¿Con qué frecuencia sale de su casa para realizar actividades permitidas de refugio en el lugar (por ejemplo, ir a caminar o correr, pasear a una mascota, pasar tiempo en su patio trasero, practicar deportes al aire libre sin contacto con los miembros de su hogar)?

1, Varias veces al día

2, Un vez al día

3, Cada par de días

- 4, Un vez al semana
- 5, Menos que un vez al semana

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

- 1, Sí, completamente (e.g., perdió trabajo or no puede Ejecute su negocio)
- 2, Sí, parcialmente (e.g., no trabajar, pero sigo está se pagando o puede hacer un poco de trabajo, pero horas reducidas)
- 3, No (e.g., todavía es capaz de trabajar la misma cantidad o más, incluso si ahora trabaja a distancia)

¿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 esta por acabarse y no tenemos dinero para comprar más.”

- Nunca cierto
- A veces cierto
- Poco cierto

¿Su familia está preocupado 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 tios)
- 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)
- Perdida de olor o saber
- Otro (por favor describe)

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

- 1, Sí, mi hijo fue probado para COVID-19 y estamos esperando los resultados.
- 2, Sí, mi hijo fue evaluado para COVID-19 y los resultados fueron positivos.
- 3, Sí, mi hijo fue evaluado para COVID-19 y los resultados fueron negativos.
- 4, Sí, mi hijo fue probado para COVID-19, pero no queremos compartir los resultados.
- 5, No, mi hijo no fue probado para COVID-19, pero a mi hijo se le dio un diagnóstico médico de COVID-19 (asumen que mi hijo tiene COVID-19)
- 6, No, mi hijo no se hizo la prueba para COVID-19, porque mi hijo no pudo hacerse una prueba.
- 7, No, mi hijo no ha intentado hacerse una prueba.

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

¿Para cuánto tiempo?

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

- 1, Sí
- 2, No
- 3, Si su hijo es educado en casa, seleccione esta respuesta

¿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, que fecha se reanudó?

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

- 0, En absoluto involucrado
- 1, Ligeramente involucrado
- 2, Moderadamente involucrado

- 3, Muy involucrado
- 4, Extremadamente involucrados

Los países en todo el mundo están aligerando sus restricciones de las empresas y las espacios públicos que son cerrados. ¿Cómo te sientes acerca de estos cambios? 0 - Para nada

- 1 - Muy poco
- 2 - Mas o menos
- 3 - Moderadamente
- 4 – Extremadamente

- esperanzado para el futuro
- ansioso por otro brote de COVID-19
- preocupado por ser forzado a volver al trabajo cuando no me siento seguro
- que estos cambios deberían haber sucedido hace mucho tiempo

• preocupado porque no voy a pasar tanto tiempo con mi familia ¿Cómo preocupado hacen los informes raros de COVID 19 de la Enfermedad Inflamatorias Relacionados en niños le hacen sentir?

- 0 - Para nada preocupado
- 1 - Muy poco preocupado
- 2 - Mas o menos preocupado
- 3 - Moderadamente preocupado
- 4 - Extremadamente preocupado
- 5 - NA, no he oído de esto (edited)