

Covid_objective

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

- Fiebre
- Tos seca
- Fatiga
- Falta de aliento
- Dolor de cabeza
- Dolor de músculo o articulación
- Dolor de garganta
- Diarrea
- Náuseas o vómitos
- Escalofríos
- Congestión nasal
- Tos mojada (moco de los pulmones)
- Pérdida de olor o prueba
- Otro (por favor describe)

¿Alguna vez le han hecho la prueba del COVID-19 por un doctor profesional? 1, Si, me hicieron el examen de COVID-19 y estoy esperando mis resultados.

- 1, Si, me hicieron la prueba de COVID-19 y estoy esperando mis resultados.
- 2, Si, me hicieron la prueba de COVID-19 y los resultados salieron positivos.
- 3, Si, me hicieron la prueba de COVID-19 y los resultados salieron negativos.
- 4, Si, me hicieron la prueba de COVID-19 y no quiero compartir mis resultados.
- 5, No, no me hicieron la prueba de COVID-19, pero me dieron un diagnóstico médico de COVID-19 (suponen que tengo COVID-19).
- 6, No, no me hicieron la prueba de COVID-19 porque no pude hacerme una prueba.
- 7, No, no he tratado de hacerme una prueba

¿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 la orden de quedarse en casa por un alcalde o gobernador)

- Sí
- No

¿Por cuánto tiempo?

- (en semanas)

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

- Sí
- No

¿Por cuánto tiempo? (en semanas)

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

- Sí
- No

¿Cuántas personas?

¿Cuál es 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?

- Sí
- No

¿Cuántos personas?

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

¿Cuántos de ellos Vivian en su casa?

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

- Sí
- No

¿Cuántas personas?

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

¿Cuántos de ellos vivían en su casa?

¿Su estado emitió una orden para quedarse en casa?

- Sí
- No

¿Se siente preocupado por el COVID-19?

- Nada de preocupado
- Un poco preocupado
- Moderadamente preocupado
- Muy preocupado
- Extremadamente preocupado

En las PASADAS DOS SEMANAS, ¿cuánto ha seguido las restricciones "distanciamiento social" o "refugio en lugar" en su comunidad?

- 1, En lo absoluto, sigo saliendo todo el tiempo
- 2, Salgo regularmente, pero tomo precauciones (e.g. llevar una mascarilla, distanciamiento social etc.)
- 3, Salgo a veces y tomo precauciones (e.g. llevar una mascarilla, distanciamiento social etc.)
- 4, Solo salgo para los esenciales (e.g. los comestibles, pasear al perro)
- 5, Rara la vez que salgo de mi casa
- 6, Nunca salgo mi casa

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

- Sí
- No

¿Por que está haciendo estos cambios? (Por favor marca todo lo se aplica)

- Pienso que puede salvar vidas
- Los funcionarios gubernamentales lo recomiendan o lo requieren.
- Tengo miedo de enfermarme.
- Me preocupa que pueda enfermar a mi familia o amigos.
- Otro (por favor describe)

¿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)?

- Varias veces al día
- Una vez al día
- Cada par de días
- Una vez a la semana
- Menos de una vez a la semana

¿No ha podido trabajar debido a cambios de trabajo relacionados con COVID-19?

- Completamente (e.g., perdió su trabajo o no puede manejar su negocio)
- Parcialmente (e.g., no trabajar, pero todavía me pagan o puede hacer un poco de trabajo, pero horas reducidas)
- 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?

- Sí, completamente
- Si, parcialmente
- No

En el mes pasado, ¿con qué frecuencia 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
- A menudo cierto

¿Su familia está preocupado sobre el costo del examen o tratamiento para COVID-19?

- Muy preocupado
- A veces preocupado
- No sé
- Otro

¿Quién está viviendo en su hogar en este momento? (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)

Los países en todo el mundo están aflojando sus restricciones sobre el cierre de negocios y espacios públicos y las restricciones de quedarse en casa. ¿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
- Preocupado 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 de preocupado esta usted por los informe de la rara enfermedad inflamatoria relacionada con COVID 19 en niños?

- 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

Las siguientes preguntas son sobre niño/a 1

En las PASADAS DOS SEMANAS, ¿niño/a 1 ha tenido algunos de los siguientes síntomas?

(Por favor marca todo lo que se aplica).

- Fiebre
- Tos seca
- Fatiga
- Falta de aliento
- Dolor de cabeza
- Dolor de músculo o articulación
- Dolor de garganta
- Diarrea
- Náuseas o vómitos
- Escalofríos
- Congestión nasal
- Tos mojada (moco de los pulmones)
- Pérdida de olor o prueba
- Otro (por favor describe)

¿Alguna vez le han hecho la prueba del COVID-19 por un médico profesional al niño/a 1?

- 1, Si, le hicieron la prueba de COVID-19 a mi niño/a y estamos esperando sus resultados.
- 2, Si, le hicieron la prueba de COVID-19 a mi niño/a y los resultados salieron positivos.
- 3, Si, le hicieron la prueba de COVID-19 a mi niño/a y los resultados salieron negativos.
- 4, Si, le hicieron la prueba de COVID-19 a mi niño/a y no quiero compartir sus resultados.
- 5, No, no le hicieron la prueba de COVID-19 a mi niño/a, pero le dieron un diagnóstico médico de COVID-19 (suponen que tiene COVID-19).
- 6, No, no le hicieron la prueba de COVID-19 a mi niño/a porque no pude hacerse una prueba.
- 7, No, no le trataron de hacerle una prueba a mi niño/a

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

- Sí
- No

¿Por cuánto tiempo?

¿Cerraron la escuela de niño/a 1 debido a COVID-19?

- Sí
- No
- Si su hijo/a es educado en casa, seleccione esta respuesta

¿Aproximadamente qué fecha cerró?

¿Han reanudado las clases en internet?

¿Niño/a 1 tiene acceso fácil al internet y una computadora o una tableta?

- Sí
- No

¿Al niño/a 1, le dan asignaciones para completar?

- Sí
- No

¿Niño/a 1 puede recibir comidas de la escuela?

- Sí
- No

¿Ha reabierto la escuela de niño/a 1?

- Sí
- No

¿Aproximadamente, que fecha se reanudó?

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

- 0, En absoluto involucrado
- 1, Ligeramente involucrado
- 2, Moderadamente involucrado
- 3, Muy involucrado
- 4, Extremadamente involucrados