

[SrvCov_COVIDINTRO_v1r0] Encuesta sobre la COVID-19

La pandemia de COVID-19 empezó desde el año 2020 en los Estados Unidos. Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre si tuvo COVID-19 y alguno de sus síntomas, cómo fue su experiencia durante la pandemia y si se vacunó contra la COVID-19. Si se vacunó, le será útil tener consigo la tarjeta de vacunación mientras llena esta sección del cuestionario.

1. [SrvCov_COV1_v1r0] ¿Tuvo alguna vez COVID-19?

1 Sí
 0 No → **GO TO SrvCov_COV23_v1r0**
 77 No estoy seguro → **GO TO SrvCov_COV23_v1r0**

NO RESPONSE → GO TO SrvCov_COV23_v1r0

2. [SrvCov_COV2_v1r0] ¿Cuántas veces tuvo COVID-19?

|_|_| veces

[RANGE CHECK min= 1]

NO RESPONSE → GO TO COV3 AND SET LOOP ITERATION TO 1

[Fill 1°, 2°, 3°, etc. according to how many times [SrvCov_COV3_SRC_v3r0] is displayed to the respondent]

3. [SrvCov_COV3_SRC_v3r0] ¿Cuándo fue la [1°, 2°, 3°, etc.] vez que tuvo COVID-19? Si no está seguro, dé su mejor aproximación. Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para poner su respuesta.

___ mes ____ año [SrvCov_COV3_MY_v3r1]

[RANGE CHECK min=1/2020 max= current month/year]

4. [SrvCov_COV4_v1r0] La [1°, 2°, 3°, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿tuvo alguna prueba que dio **positiva**?

1 Sí → **GO TO SrvCov_COV6_v1r0**
 0 No → **GO TO SrvCov_COV5_v1r0**
 77 No estoy seguro → **GO TO SrvCov_COV5_v1r0**

NO RESPONSE → GO TO SrvCov_COV5_v1r0

**[DISPLAY SrvCov_COV5_v1r0 IF (SrvCov_COV4_v1r0= 0, 77)
 ELSE, GO TO SrvCov_COV6_v1r0]**

5. [SrvCov_COV5_v1r0] La [1°, 2°, 3°, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿le dijo alguna vez un proveedor médico que creía que usted tenía COVID-19?

0 No

- 1 Sí
6. [SrvCov_COV6_v1r0] La [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿tuvo algún síntoma?
- 0 No → **GO TO SrvCov_COVSUMMARY_v1r0**
- 1 Sí
7. [SrvCov_COV7_v1r0] Cuando tuvo sus peores síntomas de COVID-19, la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo esta enfermedad, ¿esos síntomas interfirieron en sus actividades cotidianas o le impidieron realizarlas?
- 0 Para nada
- 1 Un poquito
- 2 Algo
- 3 Bastante
- 4 Mucho
8. [SrvCov_COV8_v1r0] ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.
- 0 Fiebre [SrvCov_COV8A_v1r0]
- 1 Escalofríos (por sensación de frío) [SrvCov_COV8B_v1r0]
- 2 Dolores corporales o musculares [SrvCov_COV8C_v1r0]
- 3 Debilidad o fatiga (cansancio) [SrvCov_COV8D_v1r0]
- 4 Confusión [SrvCov_COV8E_v1r0]
- 5 Dificultad para conciliar el sueño [SrvCov_COV8F_v1r0]
- 6 Nueva pérdida del sentido del gusto o del olfato [SrvCov_COV8G_v1r0]
- 7 Nariz tapada (congestión nasal) [SrvCov_COV8H_v1r0]
- 8 Dolor de garganta [SrvCov_COV8I_v1r0]
- 9 Tos [SrvCov_COV8J_v1r0]
- 10 Falta de aliento (dificultad para respirar) [SrvCov_COV8K_v1r0]
- 11 Opresión en el pecho [SrvCov_COV8L_v1r0]
- 12 Dolor de estómago [SrvCov_COV8M_v1r0]
- 13 Diarrea o materia fecal (popó) suelta o líquida [SrvCov_COV8N_v1r0]
- 14 Náuseas (tener ganas de vomitar) [SrvCov_COV8O_v1r0]
- 15 Vómitos [SrvCov_COV8P_v1r0]
- 16 Sarpullido u otros cambios en la piel [SrvCov_COV8Q_v1r0]
- 17 Conjuntivitis [SrvCov_COV8R_v1r0]
- 55 Otro [Free text box] [SrvCov_COV8S_v1r0] [SrvCov_COV8S_OTH_v1r0]

Complicaciones

9. [SrvCov_COV9_v2r0] Durante la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿tuvo un choque séptico (una afección potencialmente mortal con síntomas como dificultad para respirar, escalofríos, confusión y orinar menos) como complicación de la COVID-19?
- 1 Sí
- 0 No

77 No estoy seguro

10. [SrvCov_COV10_v1r0] Durante la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿se le diagnosticó neumonía (una infección pulmonar o respiratoria) como complicación de la COVID-19?

1 Sí

0 No

77 No estoy seguro

11. [SrvCov_COV11_v1r0] Durante la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿le diagnosticaron coágulos sanguíneos como complicación de la COVID-19?

1 Sí

0 No

77 No estoy seguro

12. [SrvCov_COV12_v1r0] Durante la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿permaneció hospitalizado durante la noche por algún síntoma o enfermedad relacionado con COVID-19?

1 Sí

0 No → GO TO SrvCov_COVSUMMARY_v1r0

77 No estoy seguro → GO TO SrvCov_COVSUMMARY_v1r0

NO RESPONSE → GO TO SrvCov_COVSUMMARY_v1r0

13. [SrvCov_COV13_v2r0] ¿Cuántas noches estuvo hospitalizado la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19? Si tuvo varias hospitalizaciones, sume todas las noches de cada una.

_____ noches

[RANGE CHECK min= 1]

14. [SrvCov_COV14A_v1r0] Mientras estuvo hospitalizado la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿se le administró **oxígeno (con una mascarilla o tubos en la nariz)** en algún momento? Si no está seguro, dé su mejor aproximación.

1 Sí

0 No

77 No sé

NO RESPONSE → GO TO SrvCov_COV15A_v1r0

[DISPLAY SrvCov_COV14B_v1r0 IF SrvCov_COV14A_v1r0= 1
ELSE, GO TO SrvCov_COV15A_v1r0]

15. [SrvCov_COV14B_v1r0] ¿Cuántos días recibió tratamiento con **oxígeno (con una mascarilla o tubos en la nariz)** cuando tuvo COVID-19 la [1º, 2º, 3º, etc.] vez?

__ días

[RANGE CHECK min= 0 max= COV13 response or 180 if COV13= null]

16. [SrvCov_COV15A_v1r0] Mientras estuvo hospitalizado la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿se le puso **un tubo endotraqueal o estuvo conectado a un respirador** en algún momento? Si no está seguro, dé su mejor aproximación.

1 Sí

0 No

77 No sé

____ NO RESPONSE → GO TO SrvCov_COV16A_v1r0

[DISPLAY SrvCov_COV15B_v1r0 IF SrvCov_COV15A_v1r0= 1
ELSE, GO TO SrvCov_COV16A_v1r0]

17. [SrvCov_COV15B_v1r0] ¿Cuántos días recibió tratamiento con **un tubo endotraqueal o un respirador** cuando tuvo COVID-19 la [1º, 2º, 3º, etc.] vez?

__ días

[RANGE CHECK min= 0 max= COV13 response or 180 if COV13= null]

18. [SrvCov_COV16A_v1r0] Mientras estuvo hospitalizado la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿recibió **tratamiento en una “unidad de cuidados intensivos (UCI)” o con monitoreo de la UCI**? Si no está seguro, dé su mejor aproximación.

1 Sí

0 No

77 No sé

____ NO RESPONSE → GO TO SrvCov_COV17A_v1r0

[DISPLAY SrvCov_COV16B_v1r0 IF SrvCov_COV16A_v1r0= 1
ELSE, GO TO SrvCov_COV17A_v1r0]

19. [SrvCov_COV16B_v1r0] ¿Cuántos días recibió **tratamiento en una “unidad de cuidados intensivos (UCI)” o con monitoreo de la UCI** cuando tuvo COVID-19 la [1º, 2º, 3º, etc.] vez?

__ días

[RANGE CHECK min= 0 max= COV13 response or 180 if COV13= null]

20. [SrvCov_COV17A_v1r0] Mientras estuvo hospitalizado la [1º, 2º, 3º, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿recibió **tratamiento con diálisis**? Si no está seguro, dé su mejor aproximación.

1 Sí

0 No

77 No sé

____ NO RESPONSE → GO TO SrvCov_COVSUMMARY_v1r0

**[DISPLAY SrvCov_COV17B_v1r0 IF SrvCov_COV17A_v1r0= 1
ELSE, GO TO SrvCov_COVSUMMARY_v1r0]**

21. [SrvCov_COV17B_v1r0] ¿Cuántos días **recibió tratamiento con diálisis** cuando tuvo COVID-19 la [1º, 2º, 3º, etc.] vez?

__ días

[RANGE CHECK min= 0 max= COV13 response or 180 if COV13= null]

22. [SrvCov_COVSUMMARY_v1r0] El siguiente es un resumen de la información que nos dio sobre cuando tuvo COVID-19 la [1º, 2º, 3º, etc.] vez. Si alguna parte de la información es incorrecta, seleccione el botón “Atrás” para actualizar su respuesta. Si toda la información es correcta, seleccione el botón “Siguiente” para avanzar.

***DISPLAY IF COV3, COV4, COV6, COV8, COV12 WERE DISPLAYED TO THE RESPONDANT]**

Fecha: [response from [SrvCov_COV3_SRC_v2r0]]*

Prueba que dio positiva: [response from [SrvCov_COV4_v1r0]]*

Síntomas presentes: [response from [SrvCov_COV6_v1r0]]*

Síntomas: [response(s) from [SrvCov_COV8C_v1r0]]*

Hospitalizaciones en las que se quedó a pasar la noche: [response from [SrvCov_COV12_v1r0]]*

LOOP OR END DEPENDING ON RESPONSES IN SrvCov_COV2_v1r0

**[DISPLAY [SrvCov_COV19_v1r0] IF at least one of the [SrvCov_COV6_v1r0 = 1],
ELSE, GO TO SrvCov_COV23_v1r0]**

COVID-19 persistente

[SrvCov_COV19_v1r0] Algunas personas que tuvieron COVID-19 informaron de efectos a largo plazo de su enfermedad y de haber vivido durante la pandemia de COVID-19. Desde su diagnóstico de COVID-19, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

23. [GRID_SRVCOV_COV19A_V1R0] Desde su diagnóstico de COVID-19, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

	1 Sí, tengo este síntoma ahora.	2 Sí, lo tuve, pero no lo tengo ahora.	0 No, nunca tuve este síntoma.
Pérdida del sentido del gusto o del olfato [SrvCov_COV19A1_v1r0]			
Cambios en el apetito [SrvCov_COV19A2_v1r0]			
Sentirse en general más cansado de lo que solía [SrvCov_COV19A3_v1r0]			
Dificultad para recordar cosas [SrvCov_COV19A4_v1r0]			

Dificultad para prestar atención [SrvCov_COV19A5_v1r0]			
Dificultad para pensar o tomar decisiones [SrvCov_COV19A6_v1r0]			

24. [GRID_SRVCov_COV19B_V1R0] Desde su diagnóstico de COVID-19, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

	1 Sí, tengo este síntoma ahora.	2 Sí, lo tuve, pero no lo tengo ahora.	0 No, nunca tuve este síntoma.
Dificultad para respirar [SrvCov_COV19B1_v1r0]			
No poder hacer ejercicio a su nivel habitual [SrvCov_COV19B2_v1r0]			
No poder volver al trabajo o a la escuela [SrvCov_COV19B3_v1r0]			
No poder reanudar sus actividades habituales [SrvCov_COV19B4_v1r0]			
Sentirse débil, cansado o enfermo de 24 a 48 horas después de hacer actividad física o ejercicio [SrvCov_COV19B5_v1r0]			

25. [GRID_SRVCov_COV19C_V1R0] Desde su diagnóstico de COVID-19, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

	1 Sí, tengo este síntoma ahora.	2 Sí, lo tuve, pero no lo tengo ahora.	0 No, nunca tuve este síntoma.
Sensación de mareo o vértigo [SrvCov_COV19C1_v1r0]			
Períodos de frecuencia cardíaca acelerada [SrvCov_COV19C2_v1r0]			
Dificultad para conciliar el sueño [SrvCov_COV19C3_v1r0]			
Cambios en el estado de ánimo y emociones (como sentirse triste, ansioso o molesto más de lo habitual) [SrvCov_COV19C4_v1r0]			
Dolores musculares [SrvCov_COV19C5_v1r0]			

26. [SrvCov_COV19C6A_SRC_v2r0] Desde su diagnóstico de COVID-19, ¿ha tenido algún otro síntoma?

0 No → **GO TO [SrvCov_COV20A_v1r0]**
1 Sí, [Free text box] [SrvCov_COV19C6ADesc_v1r0]
NO RESPONSE → GO TO SrvCov_COV20A_v1r0

[DISPLAY SrvCov_COV19C6B_v1r0 IF SrvCov_COV19C6A_SRC_v2r0= 1

ELSE, GO TO SrvCov_COV20A_v1r0]

[FILL RESPONSE FROM SrvCov_COV19C6ADesc_v1r0. IF NO TEXT PROVIDED AT SrvCov_COV19C6ADesc_v1r0, FILL “THESE OTHER SYMPTOMS”]

27. [SrvCov_COV19C6B_v1r0] ¿Sigues teniendo [piped response from SrvCov_COV19C6ADesc_v1r0/ estos otros síntomas]?

1 Sí
0 No

[DISPLAY GRID_SRVCOV_COV20A_V1R0 IF (COV19A1, COV19A2, COV19A3, COV19A4, COV19A5, COV19A6, COV19B1, COV19B2, COV19B3, COV19B4, COV19B5, COV19C1, COV19C2, COV19C3, COV19C4, OR COV19C5 =1, 2)

ELSE, GO TO SrvCov_COV20A17_v1r0]

28. [GRID_SRVCOV_COV20A_V1R0] ¿Cuánto tiempo tuvo los siguientes síntomas?

	0 Menos de un mes	1 Entre 1 y 3 meses	2 Más de tres meses
Pérdida del sentido del gusto o del olfato [SrvCov_COV20A1_v1r0]			
Sentirse en general más cansado de lo que solía [SrvCov_COV20A2_v1r0]			
Dificultad para recordar cosas [SrvCov_COV20A3_v1r0]			
Dificultad para prestar atención [SrvCov_COV20A4_v1r0]			
Dificultad para pensar o tomar decisiones [SrvCov_COV20A5_v1r0]			
Cambios en el apetito [SrvCov_COV20A6_v1r0]			
Sensación de mareo o vértigo [SrvCov_COV20A7_v1r0]			
Períodos de frecuencia cardíaca acelerada [SrvCov_COV20A8_v1r0]			
Dificultad para respirar [SrvCov_COV20A9_v1r0]			
No poder hacer ejercicio a su nivel habitual [SrvCov_COV20A10_v1r0]			
No poder volver al trabajo o a la escuela [SrvCov_COV20A11_v1r0]			
No poder reanudar sus actividades habituales [SrvCov_COV20A12_v1r0]			
Sentirse débil, cansado o enfermo de 24 a 48 horas después de hacer actividad física o ejercicio [SrvCov_COV20A13_v1r0]			
Dificultad para conciliar el sueño [SrvCov_COV20A14_v1r0]			
Cambios en el estado de ánimo y emociones (como sentirse triste, ansioso o molesto más de lo habitual) [SrvCov_COV20A15_v1r0]			
Dolores musculares [SrvCov_COV20A16_v1r0]			

[DISPLAY SrvCov_COV20A17_v1r0 IF (SrvCov_COV19C6A_SRC_v2r0 = 1)

ELSE, GO TO SrvCov_COV25INTRO_v1r0]

[FILL RESPONSE FROM SrvCov_COV19C6ADesc_v1r0. IF NO TEXT PROVIDED AT SrvCov_COV19C6ADesc_v1r0, FILL “THESE OTHER SYMPTOMS”]

29. [SrvCov_COV20A17_v1r0] ¿Cuánto tiempo tuvo [estos otros síntomas]?

- 0 Menos de un mes
- 1 Entre 1 y 3 meses
- 2 Más de tres meses

30. [SrvCov_COV21_v1r0] Después de haberse infectado por el virus de la COVID-19 en [FILL IN DATES FROM SrvCov_COV3_SRC_v13r0], ¿considera que se ha recuperado por completo y que ahora goza de su estado de salud habitual?

- 1 Sí
- 2 Sí, casi por completo
- 0 No → **GO TO SrvCov_COV25INTRO_v1r0**

31. [SrvCov_COV22_v1r0] ¿Cuánto tiempo tardó en recuperar su estado de salud habitual desde la fecha en que se dio cuenta por primera vez de que tenía COVID-19? [NOTE TO PROGRAMMERS: There is no range check for months or days]

_____ meses [SrvCov_COV22_MONTHS_v1r0] _____ días [SrvCov_COV22_DAYS_v1r0]

→ **GO TO SrvCov_COV25INTRO_v1r0**

[DISPLAY SrvCov_COV23_v1r0 IF ((SrvCov_COV1_v1r0 =0, 77, non-response) OR (SrvCov_COV5_v1r0 =0) OR (SrvCov_COV6_v1r0= 0))
ELSE, GO TO SrvCov_COV25INTRO_v1r0]

Efectos de la pandemia en la salud

[SrvCov_COV23_v1r0] Muchas personas informaron de problemas relacionados con la vida durante la pandemia de COVID-19 que afectaron su salud.

32. [GRID_SRVCOV_COV23A_V1R0] Desde principios de 2020, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

	1 Sí, lo tengo ahora.	2 Sí, lo tuve, pero no lo tengo ahora.	0 No, nunca lo tuve.
Pérdida del sentido del gusto o del olfato [SrvCov_COV23A1_v1r0]			
Cambios en el apetito [SrvCov_COV23A2_v1r0]			
Sentirse en general más cansado de lo que solía [SrvCov_COV23A3_v1r0]			
Dificultad para recordar cosas [SrvCov_COV23A4_v1r0]			
Dificultad para prestar atención [SrvCov_COV23A5_v1r0]			
Dificultad para pensar o tomar decisiones [SrvCov_COV23A6_v1r0]			

33. [GRID_SRVCOV_COV23B_V1R0] Desde principios de 2020, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

	1 Sí, lo tengo ahora.	2 Sí, lo tuve, pero no lo tengo ahora.	0 No, nunca lo tuve.
Sensación de mareo o vértigo [SrvCov_COV23B1_v1r0]			
Períodos de frecuencia cardíaca acelerada [SrvCov_COV23B2_v1r0]			
Dificultad para respirar [SrvCov_COV23B3_v1r0]			
Sentirse débil, cansado o enfermo de 24 a 48 horas después de hacer actividad física o ejercicio [SrvCov_COV23B4_v1r0]			
Dificultad para conciliar el sueño [SrvCov_COV23B5_v1r0]			
Cambios en el estado de ánimo y emociones (como sentirse triste, ansioso o molesto más de lo habitual) [SrvCov_COV23B6_v1r0]			
Dolores musculares [SrvCov_COV23B7_v1r0]			

**[DISPLAY GRID_SRVCOV_COV24A_V1R0 IF COV23A1, COV23A2, COV23A3, COV23A4, COV23A5, COV23A6, COV23B1, COV23B2, COV23B3, COV23B4, COV23B5, COV23B6, OR COV23B7 = 1, 2
ELSE, GO TO SrvCov_COV25INTRO_v1r0]**

34. [GRID_SRVCOV_COV24A_V1R0] ¿Cuánto tiempo tuvo los siguientes síntomas?

	0 Menos de un mes	1 Entre 1 y 3 meses	2 Más de tres meses
Pérdida del sentido del gusto o del olfato [SrvCov_COV24A1_v1r0]			
Cambios en el apetito [SrvCov_COV24A2_v1r0]			
Sentirse en general más cansado de lo que solía [SrvCov_COV24A3_v1r0]			
Dificultad para recordar cosas [SrvCov_COV24A4_v1r0]			
Dificultad para prestar atención [SrvCov_COV24A5_v1r0]			
Dificultad para pensar o tomar decisiones [SrvCov_COV24A6_v1r0]			
Sensación de mareo o vértigo [SrvCov_COV24A7_v1r0]			
Períodos de frecuencia cardíaca acelerada [SrvCov_COV24A8_v1r0]			
Dificultad para respirar [SrvCov_COV24A9_v1r0]			
Sentirse débil, cansado o enfermo de 24 a 48 horas después de hacer actividad física o ejercicio [SrvCov_COV24A10_v1r0]			
Dificultad para conciliar el sueño [SrvCov_COV24A11_v1r0]			
Cambios en el estado de ánimo y emociones (como sentirse triste, ansioso o molesto más de lo habitual) [SrvCov_COV24A12_v1r0]			
Dolores musculares [SrvCov_COV24A13_v1r0]			

Vacunación

[SrvCov_COV25INTRO_v1r0] Las preguntas en la siguiente sección tratan sobre la vacunación contra COVID-19 y las vacunas de refuerzo. Si se vacunó contra la COVID-19, le será útil tener consigo la tarjeta de vacunación mientras llena esta sección del cuestionario.

35. [SrvCov_COV25_v1r0] ¿Lo vacunaron contra la COVID-19?

- 1 Sí
- 0 No → **GO TO END**
- 77 No sé → **GO TO END**
- NO RESPONSE → GO TO END**

36. [SrvCov_COV26_v1r0] ¿Cuántas inyecciones le pusieron de la vacuna contra la COVID-19? Incluya su vacunación inicial y cualquier vacuna de refuerzo posterior.

___ [please have drop down (numeric)]

[RANGE CHECK min= 1 max=10]

For each vaccination based on [SrvCov_COV26_v2r0], [can we include an indicator of which shot?] i.e., with your first shot, with your second shot, with your third shot...

37. [SrvCov_COV27_SRC_v3r0] ¿Cuándo se vacunó? Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para poner su respuesta.

___ mes ___ año year [SrvCov_COV27_MY_v3r0]

[Month picker Soft edit- cannot be before 2020 or past current year]

38. [SrvCov_COV28_SRC_v2r0] ¿Qué vacuna le pusieron contra la COVID-19?

- 0 Moderna
- 1 Pfizer
- 2 Johnson & Johnson
- 3 AstraZeneca
- 4 Novavax
- 55 Otra _____ [SrvCov_COV28Desc_v1r0]
- 77 No sé

39. [SrvCov_COV29_v1r0] El siguiente es un resumen de la información que nos dio sobre su vacunación contra la COVID-19. Si alguna parte de la información es incorrecta, seleccione el botón "Atrás" para actualizar sus respuestas. Si toda la información es correcta, seleccione el botón "Siguiente" para avanzar.

Repeat up to total number of vaccinations reported above.

Closing remark on submit survey screen: " Respondió a todas las preguntas de este cuestionario. Para enviar sus respuestas, seleccione el botón "Enviar Encuesta"."

