

[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
77 No estoy seguro

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

|_|_| veces

3. [SrvCov_COV3_v2r0] ¿Cuándo fue la [1ª, 2ª, 3ª, etc.] vez que tuvo COVID-19? Si no está seguro, dé su mejor aproximación.

___ mes ____ año

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

1 Sí
0 No
77 No estoy seguro

5. [SrvCov_COV5_v1r0] La [1ª, 2ª, 3ª, 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 [1ª, 2ª, 3ª, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿tuvo algún síntoma?

0 No
1 Sí

7. [SrvCov_COV7_v1r0] Cuando tuvo sus peores síntomas de COVID-19, la [1ª, 2ª, 3ª, 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 [1ª, 2ª, 3ª, etc.] vez que tuvo COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- 0 Fiebre
- 1 Escalofríos (por sensación de frío)
- 2 Dolores corporales o musculares
- 3 Debilidad o fatiga (cansancio)
- 4 Confusión
- 5 Dificultad para conciliar el sueño
- 6 Nueva pérdida del sentido del gusto o del olfato
- 7 Nariz tapada (congestión nasal)
- 8 Dolor de garganta
- 9 Tos
- 10 Falta de aliento (dificultad para respirar)
- 11 Opresión en el pecho
- 12 Dolor de estómago
- 13 Diarrea o materia fecal (popó) suelta o líquida
- 14 Náuseas (tener ganas de vomitar)
- 15 Vómitos
- 16 Sarpullido u otros cambios en la piel
- 17 Conjuntivitis
- 55 Otro []

Complicaciones

9. [SrvCov_COV9_v1r0] Durante la [1ª, 2ª, 3ª, 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 [1ª, 2ª, 3ª, 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 [1ª, 2ª, 3ª, 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 [1ª, 2ª, 3ª, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿permaneció hospitalizado durante la noche por algún síntoma o enfermedad relacionado con COVID-19?

1 Sí
0 No
77 No estoy seguro

13. [SrvCov_COV13_v1r0] ¿Cuántas noches estuvo hospitalizado la [1ª, 2ª, 3ª, etc.] vez que tuvo COVID-19? Si tuvo varias hospitalizaciones, sume todas las noches de cada una.

_____ noches

14. [SrvCov_COV14A_v1r0] Mientras estuvo hospitalizado la [1ª, 2ª, 3ª, 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

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

___ días

16. [SrvCov_COV15A_v1r0] Mientras estuvo hospitalizado la [1ª, 2ª, 3ª, 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

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

___ días

18. [SrvCov_COV16A_v1r0] Mientras estuvo hospitalizado la [1ª, 2ª, 3ª, 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

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 [1ª, 2ª, 3ª, etc.] vez?

__ días

20. [SrvCov_COV17A_v1r0] Mientras estuvo hospitalizado la [1ª, 2ª, 3ª, 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

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

__ días

22. [SrvCov_COVSUMMARY_v1r0] El siguiente es un resumen de la información que nos dio sobre cuando tuvo COVID-19 la [1ª, 2ª, 3ª, 4ª, etc.] vez. Si alguna parte de la información es incorrecta, seleccione el botón “Atrás” [“Back”] para actualizar su respuesta. Si toda la información es correcta, seleccione el botón “Siguiente” [“Next”] para avanzar.

Fecha:

Prueba que dio positiva:

Síntomas presentes:

Síntomas:

Hospitalizaciones en las que se quedó a pasar la noche:

COVID-19 persistente

23. [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?

24. [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			
Cambios en el apetito			
Sentirse en general más cansado de lo que solía			
Dificultad para recordar cosas			
Dificultad para prestar atención			
Dificultad para pensar o tomar decisiones			

25. [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			
No poder hacer ejercicio a su nivel habitual			
No poder volver al trabajo o a la escuela			
No poder reanudar sus actividades habituales			
Sentirse débil, cansado o enfermo de 24 a 48 horas después de hacer actividad física o ejercicio			

26. [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			
Períodos de frecuencia cardíaca acelerada			
Dificultad para conciliar el sueño			
Cambios en el estado de ánimo y emociones (como sentirse triste, ansioso o molesto más de lo habitual)			
Dolores musculares			

27. [SrvCov_COV19C6A_v1r0] Desde su diagnóstico de COVID-19, ¿ha tenido algún otro síntoma?

- 0 No
1 Sí, []

28. [SrvCov_COV19C6B_v1r0] ¿Sigue teniendo [estos otros síntomas]?

- 1 Sí
0 No

29. [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			
Sentirse en general más cansado de lo que solía			
Dificultad para recordar cosas			
Dificultad para prestar atención			
Dificultad para pensar o tomar decisiones			
Cambios en el apetito			

Sensación de mareo o vértigo			
Períodos de frecuencia cardíaca acelerada			
Dificultad para respirar			
No poder hacer ejercicio a su nivel habitual			
No poder volver al trabajo o a la escuela			
No poder reanudar sus actividades habituales			
Sentirse débil, cansado o enfermo de 24 a 48 horas después de hacer actividad física o ejercicio			
Dificultad para conciliar el sueño			
Cambios en el estado de ánimo y emociones (como sentirse triste, ansioso o molesto más de lo habitual)			
Dolores musculares			

30. [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

31. [SrvCov_COV21_v1r0] Después de haberse infectado por el virus de la COVID-19 en [], ¿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

32. [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?
 ____ meses ____ días

Efectos de la pandemia en la salud

33. [SrvCov_COV23_v1r0] Muchas personas informaron de problemas relacionados con la vida durante la pandemia de COVID-19 que afectaron su salud. Desde principios de 2020, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

34. [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			
Cambios en el apetito			
Sentirse en general más cansado de lo que solía			
Dificultad para recordar cosas			
Dificultad para prestar atención			
Dificultad para pensar o tomar decisiones			

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

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

36. [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			
Cambios en el apetito			
Sentirse en general más cansado de lo que solía			
Dificultad para recordar cosas			
Dificultad para prestar atención			
Dificultad para pensar o tomar decisiones			
Sensación de mareo o vértigo			
Períodos de frecuencia cardíaca acelerada			
Dificultad para respirar			
Sentirse débil, cansado o enfermo de 24 a 48 horas después de hacer actividad física o ejercicio			
Dificultad para conciliar el sueño			
Cambios en el estado de ánimo y emociones (como sentirse triste, ansioso o molesto más de lo habitual)			
Dolores musculares			

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.

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

- 1 Sí
0 No
77 No sé

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

39. [SrvCov_COV27_v1r0] ¿Cuándo se vacunó?

_____ mes _____ año

40. [SrvCov_COV28_v1r0] ¿Qué vacuna le pusieron contra la COVID-19?

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

41. [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” [“Back”] para actualizar sus respuestas. Si toda la información es correcta, seleccione el botón “Siguiente” [“Next”] para avanzar.

Respondió a todas las preguntas de este cuestionario. Para enviar sus respuestas, seleccione el botón “Enviar cuestionario” [“Submit Survey”].