# **[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

1. [SrvCov\_COV2\_v1r0] ¿Cuántas veces tuvo COVID-19?

|\_|\_| veces

1. [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

1. [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

1. [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

1. [SrvCov\_COV6\_v1r0] La [1ª, 2ª, 3ª, etc.] vez que tuvo COVID-19, ¿tuvo algún síntoma?

0 No

1 Sí

1. [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

1. [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**

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [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

1. [SrvCov\_COV17B\_v1r0] ¿Cuántos días recibió tratamiento con diálisis cuando tuvo COVID-19 la [1ª, 2ª, 3ª, etc.] vez?

\_\_ días

1. [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**

1. [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?
2. [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 |  |  |  |

1. [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 |  |  |  |

1. [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 |  |  |  |

1. [SrvCov\_COV19C6A\_v1r0] Desde su diagnóstico de COVID-19, ¿ha tenido algún otro síntoma?

0 No

1 Sí, []

1. [SrvCov\_COV19C6B\_v1r0] ¿Sigue teniendo [estos otros síntomas]?

1 Sí

0 No

1. [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 |  |  |  |

1. [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

1. [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

1. [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**

1. [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?
2. [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 |  |  |  |

1. [GRID\_SRVCOV\_COV23B\_V1R0] Desde principios de 2020, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [Botón de selección de cuadricula, 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 |  |  |  |

1. [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.

1. [SrvCov\_COV25\_v1r0] ¿Lo vacunaron contra la COVID-19?

1 Sí

0 No

77 No sé

1. [SrvCov\_COV26\_v1r0] ¿Cuántas inyecciones le pusieron de la vacuna contra la COVID-19? Incluya su vacunación inicial y cualquier vacuna de refuerzo posterior.

\_\_\_

1. [SrvCov\_COV27\_v1r0] ¿Cuándo se vacunó?

\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año

1. [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

1. [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”].