

 Environmental influences on Child Health Outcomes A program supported by the NIH		COVID-19 Questionnaire – Adult Alternate Version ECHO-wide Cohort Version 01.31 / April 10, 2020			Form C19-aAV Page 1 of 8	
COHORT ID	SITE ID	PARTICIPANT ID	PIN	COHORT VISIT ID	FORM COMPLETED	
_____	_____	_____	_____	_____	____ / ____ / ____ <i>mm dd yyyy</i>	
ECHO LIFE STAGE			RESPONDENT			
<input type="checkbox"/> ₀₁ Prenatal <input type="checkbox"/> ₀₃ Infancy <input type="checkbox"/> ₀₅ Middle Childhood		<input type="checkbox"/> ₀₂ Perinatal <input type="checkbox"/> ₀₄ Early Childhood <input type="checkbox"/> ₀₆ Adolescence		<input type="checkbox"/> ₀₁ Participant <input type="checkbox"/> ₀₃ Biological Father		<input type="checkbox"/> ₀₂ Biological Mother <input type="checkbox"/> ₀₄ Other Respondent Code: ____

STUDY STAFF INSTRUCTION: This form should be completed by the pregnant woman enrolled in an ECHO cohort during the prenatal life stage and by the primary caregiver of a child enrolled in an ECHO cohort during the infancy, early childhood, middle childhood, and adolescence life stages. In the prenatal life stage, the pregnant woman’s ID should be used in the header for the participant ID. In all other life stages, the child’s ID should be used in the header for the participant ID.

<p>INSTRUCCIONES:</p> <p><i>Este cuestionario tiene 4 secciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sección A: Infección por el virus que causa la COVID-19</i> • <i>Sección B: Efectos del brote de COVID-19 en usted</i> • <i>Sección C: Efectos del brote de COVID-19 en el embarazo (actual)</i> • <i>Sección D: Efectos del brote de COVID-19 en el embarazo (pasado)</i> <p><i>Complete las secciones A y B. Si se inscribió en ECHO durante el embarazo y actualmente está embarazada, complete también la sección C. Si se inscribió en ECHO durante el embarazo y el embarazo finalizó después del 28 de febrero de 2020, complete también la sección D.</i></p> <p><i>Estas preguntas se refieren a sus experiencias con la COVID-19 o el coronavirus. En cada pregunta haga todo lo posible por recordar los detalles que se le piden.</i></p>

Sección A. Infección por el virus que causa la COVID-19

En las siguientes preguntas, "profesional de la salud" se refiere a un médico, un/a enfermero/a especialista, un/a auxiliar médico u otra persona a quien usted acuda para recibir atención médica.

1. ¿Un profesional de la salud alguna vez le ha dicho que tiene, o que probablemente tiene COVID-19 (coronavirus)?
- ₀₁ Sí
- ₀₂ No
2. ¿Cuáles de los siguientes síntomas ha tenido en algún momento desde el 1 de marzo de 2020? (**Marque todos los que correspondan**)
- ₀₁ Fiebre o escalofríos
- ₀₂ Tos
- ₀₃ Falta de aire para respirar
- ₀₄ Dolor de garganta
- ₀₅ Dolor de cabeza
- ₀₆ Dolores musculares o corporales
- ₀₇ Goteo nasal
- ₀₈ Agotamiento o sueño excesivo
- ₀₉ Diarrea, náuseas o vómitos
- ₁₀ Pérdida del sentido del olfato o del gusto
- ₁₁ Ojos rojos o picazón (comezón) en los ojos
- ₁₂ Ninguno de los anteriores → **pase a la sección A, pregunta 3.**

- 2.a. ¿Cuáles de las siguientes situaciones sucedieron como consecuencia de sus síntomas? (**Marque todas las que correspondan**)

- ₀₁ Me dejaron hospitalizado/a toda la noche porque un profesional de la salud creyó que tenía COVID-19
- ₀₂ Consulté con un profesional de la salud en persona, por ejemplo, en una clínica, en un consultorio médico, en un centro de atención de urgencias o en la sala de urgencias de un hospital
- ₀₃ Hablé con un profesional de la salud por teléfono, por correo electrónico o en línea
- ₀₄ Me autoaislé o me mantuve en cuarentena en casa
- ₀₅ Ninguna de las anteriores

- 2.b. En las dos semanas antes de tener síntomas, usted: (**Marque todas las que correspondan**)

- ₀₁ Tuvo contacto con alguien que dio positivo en la prueba de la COVID-19
- ₀₂ Tuvo contacto con alguien que probablemente tenía COVID-19 (p. ej., alguien que no se había hecho la prueba pero tenía síntomas, o una persona a quien un profesional de la salud le había dicho que probablemente tenía la enfermedad)
- ₀₃ Viajó a otro estado o país (especifique: _____)
- ₀₄ Ninguna de las anteriores

Sección A. Infección por el virus que causa la COVID-19 (continuación)

3. ¿Le han hecho una prueba de frotis nasal (con un aplicador de algodón) para detectar el virus que causa la COVID-19?
(Marque todos los que correspondan)

- ₀₁ No, nunca traté de hacerme la prueba
- ₀₂ No, traté de hacerme la prueba pero no pude
- ₀₃ Sí, y estoy esperando los resultados

Si respondió que sí → 3.a. ¿Cuál fue la fecha de su prueba más reciente? /
mm aaaa

- ₀₄ Sí, y la prueba mostró que no lo tengo (prueba "**negativa**")

Si respondió que sí → 3.b. ¿Cuál fue la fecha de su prueba **negativa** más reciente? /
mm aaaa

- ₀₅ Sí, y la prueba mostró que sí lo tengo (prueba "**positiva**")

Si respondió que sí → 3.c. ¿Cuál fue la fecha de su prueba **positiva** más reciente? /
mm aaaa

4. ¿Le han hecho pruebas de sangre para ver si ya había tenido el virus que causa la COVID-19 (prueba de "serología")?
(Marque todas las que correspondan)

- ₀₁ No, nunca traté de hacerme la prueba
- ₀₂ No, traté de hacerme la prueba pero no pude
- ₀₃ Sí, y estoy esperando los resultados

Si respondió que sí → 4.a. ¿Cuál fue la fecha de su prueba más reciente? /
mm aaaa

- ₀₄ Sí, y la prueba mostró que no lo tuve (prueba "**negativa**")

Si respondió que sí → 4.b. ¿Cuál fue la fecha de su prueba **negativa** más reciente? /
mm aaaa

- ₀₅ Sí, y la prueba mostró que sí lo tuve (prueba "**positiva**")

Si respondió que sí → 4.c. ¿Cuál fue la fecha de su prueba **positiva**? /
mm aaaa

5. ¿Alguna otra persona que vive en su casa tuvo, o probablemente tuvo, COVID-19?

- ₀₁ Sí
- ₀₂ No

Setting	Mode
<input type="checkbox"/> ₀₁ Clinic or site <input type="checkbox"/> ₀₂ Phone <input type="checkbox"/> ₀₃ Other location	<input type="checkbox"/> ₀₁ Self-administered <input type="checkbox"/> ₀₂ Staff-administered