

ECHO 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"> • Sección A: Infección por el virus que causa la COVID-19 • Sección B: Efectos del brote de COVID-19 en usted • Sección C: Efectos del brote de COVID-19 en el embarazo (actual) • Sección D: Efectos del brote de COVID-19 en el embarazo (pasado) <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 D. Efectos del brote de COVID-19 en el embarazo (pasado)

Las siguientes preguntas se refieren a su embarazo reciente.

1. ¿Cuáles de los siguientes cambios experimentó como resultado del brote de COVID-19? **(Marque todos los que correspondan)**
 - ₀₁ Cambié mis planes para tener una cesárea en vez de un parto vaginal
 - ₀₂ La cesárea o la inducción del parto que se había planificado cambió
 - ₀₃ Di a luz en el hospital en vez de en casa
 - ₀₄ Di a luz en casa en vez de en el hospital
 - ₀₅ El profesional de la salud que me atiende canceló algunas o todas mis consultas prenatales
 - ₀₆ Tuve más consultas prenatales
 - ₀₇ Mis consultas prenatales pasaron de ser en persona a consultas por teléfono o por telemedicina o video
 - ₀₈ A las personas que me dan apoyo (por ejemplo, mi cónyuge o pareja, mi familia) no les permitieron asistir al parto ni visitarme después del parto
 - ₀₉ Me separaron del bebé inmediatamente después del parto
 - ₁₀ Cambié mis planes para alimentar solo con fórmula para bebés en vez de amamantar
 - ₁₁ Cambié mis planes para amamantar en vez de alimentar solo con fórmula para bebés
 - ₁₂ Nada cambió en mis cuidados prenatales, ni en el parto ni en los planes que tenía para el recién nacido

2. En general, ¿hasta qué punto estaba estresada acerca de los **cambios en el parto y en las experiencias** con el recién nacido a causa del brote de COVID-19?
 - ₀₁ Nada
 - ₀₂ Un poco
 - ₀₃ Moderadamente
 - ₀₄ Sumamente

3. ¿Cómo cambió el apoyo que recibió de los **profesionales de atención prenatal** a causa del brote de COVID-19?
 - ₀₁ Ha empeorado significativamente
 - ₀₂ Ha empeorado algo
 - ₀₃ No ha habido cambios
 - ₀₄ Ha mejorado algo
 - ₀₅ Ha mejorado significativamente

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