

ECHO Environmental influences on Child Health Outcomes A program supported by the NIH		COVID-19 Questionnaire – Adult Primary Version ECHO-wide Cohort Version 01.30 / April 9, 2020			Form C19-aPV Page 1 of 9	
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 B. Efectos del brote de COVID-19 en usted

1. ¿De qué formas ha afectado el brote de COVID-19 su atención médica general? **(Marque todas las que correspondan)**
- ₀₁ No fui a citas de atención médica porque me preocupaba tener que entrar al consultorio del profesional de la salud
- ₀₂ El profesional de la salud que me atiende canceló las citas
- ₀₃ El profesional de la salud que me atiende cambió a consultas por teléfono o en línea
- ₀₄ El profesional de la salud que me atiende me dijo que me autoaislara o me mantuviera en cuarentena
- ₀₅ Ninguna de estas corresponde
2. ¿Cuáles de los siguientes hábitos de comportamiento ha tenido menos a causa del brote de COVID-19? **(Marque todos los que correspondan)**
- ₀₁ Contacto en persona con personas dentro de su casa (es decir, usted está en cuarentena separado de uno o más familiares o personas que viven en la casa)
- ₀₂ Contacto en persona con familiares que viven fuera de su casa
- ₀₃ Contacto en persona con amigos
- ₀₄ Contacto en persona con colegas de su trabajo
- ₀₅ Eventos en persona en la comunidad, incluidos eventos religiosos
- ₀₆ Ninguna de estas corresponde
3. ¿Cuáles de los siguientes hábitos de comportamiento ha cambiado a causa del brote de COVID-19? **(Marque todos los que correspondan)**
- ₀₁ Comer más comidas cocinadas en casa
- ₀₂ Comer más comidas para llevar o entregadas a domicilio
- ₀₃ Hacer más ejercicio físico
- ₀₄ Hacer menos ejercicio físico
- ₀₅ Pasar más tiempo al aire libre en la naturaleza
- ₀₆ Pasar menos tiempo al aire libre en la naturaleza
- ₀₇ Ninguno de estas corresponde
4. ¿De qué formas ha afectado el brote de COVID-19 su trabajo? **(Marque todas las que correspondan)**
- ₀₁ Pasé a trabajar a distancia o desde la casa
- ₀₂ Perdí mi empleo de manera permanente
- ₀₃ Perdí mi empleo de manera temporal o no me dijeron por cuánto tiempo
- ₀₄ Conseguí un nuevo empleo
- ₀₅ Reduje mis horas de trabajo
- ₀₆ Aumenté mis horas de trabajo
- ₀₇ Mi trabajo me puso en mayor riesgo de contraer COVID-19
- ₀₈ Despedí empleados
- ₀₉ No tenía un empleo con salario antes del brote de COVID-19
- ₁₀ Ninguna de estas corresponde

Sección B. Efectos del brote de COVID-19 en usted (continuación)

5. ¿De qué formas ha afectado el brote de COVID-19 el trabajo de su cónyuge o pareja? (**Marque todas las que correspondan**)

- ₀₀ No corresponde. No tengo cónyuge ni pareja → **Si la marcó, pase a la sección B, pregunta 6.**
- ₀₁ Mi cónyuge o pareja pasó a trabajar a distancia o desde la casa
- ₀₂ Mi cónyuge o pareja perdió su empleo de manera permanente
- ₀₃ Mi cónyuge o pareja perdió su empleo de manera temporal o no le dijeron por cuánto tiempo
- ₀₄ Mi cónyuge o pareja consiguió un nuevo empleo
- ₀₅ Mi cónyuge o pareja redujo sus horas de trabajo
- ₀₆ Mi cónyuge o pareja aumentó sus horas de trabajo
- ₀₇ El trabajo de mi cónyuge o pareja lo/la puso en mayor riesgo de contraer COVID-19
- ₀₈ Mi cónyuge o pareja despidió empleados
- ₀₉ Mi cónyuge o pareja no tenía un empleo con salario antes del brote de COVID-19
- ₁₀ Ninguna de estas corresponde

6. ¿Cómo ha afectado el brote de COVID-19 su cuidado infantil habitual? (**Marque todas las que correspondan**)

- ₀₁ Tuve dificultad para conseguir cuidado infantil
- ₀₂ Tuve que pagar más por el cuidado infantil
- ₀₃ Mi cónyuge o pareja o yo tuvimos que cambiar nuestro horario de trabajo para cuidar nosotros a nuestros niños
- ₀₄ Mi cuidado infantil habitual no se ha visto afectado por el brote de COVID-19
- ₀₅ No tengo niños que necesitan cuidado infantil.

7. ¿Cuáles han sido sus mayores fuentes de estrés a causa del brote de COVID-19? (**Marque todas las que correspondan**)

- ₀₁ Preocupaciones sobre la salud
- ₀₂ Preocupaciones financieras
- ₀₃ Efectos en el trabajo
- ₀₄ Efectos en el niño o niña
- ₀₅ Efectos en su comunidad
- ₀₆ Efectos en los miembros de su familia
- ₀₇ Acceso a alimentos
- ₀₈ Acceso a artículos para bebés (p. ej., fórmula para bebés, pañales, toallitas húmedas)
- ₀₉ Acceso a productos de cuidado personal o de consumo para el hogar
- ₁₀ Acceso a atención médica, incluida la atención de salud mental
- ₁₁ Distanciamiento social o estar en cuarentena
- ₁₂ No tengo estrés a causa del brote de COVID-19

Sección B. Efectos del brote de COVID-19 en usted (continuación)

8. ¿Qué ha hecho para sobrellevar el estrés relacionado con el brote de COVID-19? (*Marque todas las que correspondan*)

- ₀₁ Practicar meditación o atención plena (*mindfulness*)
- ₀₂ Hablar con amigos y familiares (p. ej., por teléfono, texto o video)
- ₀₃ Participar en más actividades en familia (p. ej., juegos, deportes)
- ₀₄ Ver más televisión u otras actividades “de tiempo con pantallas” (p. ej., videojuegos, redes sociales)
- ₀₅ Comer con más frecuencia, incluidos refrigerios o *snacks*
- ₀₆ Aumentar el tiempo que pasa leyendo libros o haciendo actividades como rompecabezas y crucigramas
- ₀₇ Beber alcohol
- ₀₈ Consumir tabaco (p. ej., fumar, vapear)
- ₀₉ Consumir marihuana (p. ej., vapear, fumar, ingerir) o cannabidiol (CBD)
- ₁₀ Hablar con los profesionales de la salud que me atienden con más frecuencia, incluido el profesional de la salud mental (p. ej., terapeuta, psicólogo, consejero)
- ₁₁ Hacer trabajos voluntarios
- ₁₂ No he hecho ninguna de estas cosas para sobrellevar el brote de COVID-19

9. Indique en qué grado considera que el brote de COVID-19 tiene un efecto positivo o negativo en su vida.

- ₀₁ Sumamente negativo
- ₀₂ Moderadamente negativo
- ₀₃ Algo negativo
- ₀₄ Ningún efecto
- ₀₅ Ligeramente positivo
- ₀₆ Moderadamente positivo
- ₀₇ Sumamente positivo

10. Desde que se enteró del brote de COVID-19, ¿con qué frecuencia se ha sentido feliz y satisfecho/a con su vida?

- ₀₁ Nunca
- ₀₂ Rara vez
- ₀₃ A veces
- ₀₄ Con frecuencia
- ₀₅ Con mucha frecuencia

Sección B. Efectos del brote de COVID-19 en usted (continuación)

En las filas 11.a a 11.i a continuación, marque 'Nunca', 'Rara vez', 'A veces', 'Con frecuencia' o 'Con mucha frecuencia' para indicar la frecuencia con que ha tenido esa experiencia desde que se enteró del brote de COVID-19.

11. Desde que se enteró del brote de COVID-19, ¿con qué frecuencia...?	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
a. ha tenido dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
b. se ha sobresaltado fácilmente	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
c. ha tenido arrebatos de ira (de gran enojo)	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
d. ha sentido que el tiempo va avanzando más lentamente	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
e. se ha sentido aturdido/a	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
f. ha tratado de evitar pensamientos y sentimientos relacionados con la COVID-19	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
g. ha tratado de no leer ni ver información sobre la COVID-19	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
h. ha tenido sueños angustiantes sobre la COVID-19	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
i. ha estado angustiado/a cuando ve algo que le recuerda la COVID-19	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅

12. Para guiarle durante las preguntas restantes, marque si:

₀₁ se inscribió en el programa ECHO durante el embarazo y está embarazada actualmente

→ Si la marcó, pase a la sección C.

₀₂ se inscribió en el programa ECHO durante el embarazo y el embarazo finalizó después del 28 de febrero de 2020

→ Si la marcó, pase a la sección D.

₀₃ ninguna de las anteriores

→ Si la marcó, pase al FINAL.

Sección C. Efectos del brote de COVID-19 en el embarazo (actual)

Las siguientes preguntas se refieren a su embarazo actual.

1. ¿Cuáles de los siguientes cambios ha experimentado como consecuencia 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 Cambié mis planes para dar a luz en el hospital en vez de en casa
- ₀₄ Cambié mis planes para dar 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 Nada cambió en mis cuidados prenatales ni en el plan de parto

2. En general, ¿hasta qué punto se siente angustiada acerca de los **cambios que ha habido en sus cuidados prenatales** debido al brote de COVID-19?

- ₀₁ Nada
- ₀₂ Un poco
- ₀₃ Moderadamente
- ₀₄ Sumamente

3. ¿Cómo ha cambiado el apoyo que recibe 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

(Las participantes que completan la sección C → Pasen al FINAL)

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 todas las 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