

<b>ECHO</b> Environmental influences on Child Health Outcomes A program supported by the NIH	<b>COVID-19 Questionnaire – Child Self-Report Alternate Version</b> ECHO-wide Cohort Version 01.31 / June 8, 2020				<b>Form C19-cAV</b> Page 1 of 6
	<b>COHORT ID</b>	<b>SITE ID</b>	<b>PARTICIPANT ID</b>	<b>PIN</b>	<b>COHORT VISIT ID</b>
_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____ mm dd yyyy
<b>ECHO LIFE STAGE</b>			<b>RESPONDENT</b>		
<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Prenatal	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Perinatal	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Participant	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Biological Mother		
<input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Infancy	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub> Early Childhood	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Biological Father	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub> Other Respondent		
<input type="checkbox"/> <sub>05</sub> Middle Childhood	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub> Adolescence			Code: ____	

**STUDY STAFF INSTRUCTION:** This form should be completed by the 13- to 21-year-old child enrolled in an ECHO cohort during the adolescence life stage. The child’s ID should be used in the header for the participant ID.

<p><b>INSTRUCCIONES:</b></p> <p><i>Este cuestionario tiene 2 secciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sección A: Infección por el virus que causa la COVID-19</i></li> <li>• <i>Sección B: Efectos del brote de COVID-19 en ti</i></li> </ul> <p><i>Estas preguntas se refieren a tus experiencias con la COVID-19 o el coronavirus. En cada pregunta haz todo lo posible por recordar los detalles que se te 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 vas a ver para recibir atención médica.

1. ¿Un profesional de la salud alguna vez te ha dicho que tienes, o que probablemente tienes COVID-19 (coronavirus)?
- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No
2. ¿Cuáles de los siguientes síntomas has tenido en algún momento desde el 1 de marzo de 2020? (**Marca todos los que correspondan**)
- <sub>01</sub> Fiebre o escalofríos
- <sub>02</sub> Tos
- <sub>03</sub> Falta de aire para respirar
- <sub>04</sub> Dolor de garganta
- <sub>05</sub> Dolor de cabeza
- <sub>06</sub> Dolores musculares o corporales
- <sub>07</sub> Goteo nasal
- <sub>08</sub> Agotamiento o sueño excesivo
- <sub>09</sub> Diarrea, náuseas o vómitos
- <sub>10</sub> Pérdida del sentido del olfato o del gusto (no puedes oler ni saborear)
- <sub>11</sub> Ojos rojos o picazón (comezón) en los ojos
- <sub>12</sub> Ninguno de los anteriores → **pasa a la sección A, pregunta 3.**
- 2.a. ¿Cuáles de las siguientes situaciones sucedieron debido a tus síntomas? (**Marca todas las que correspondan**)
- <sub>01</sub> Me dejaron hospitalizado/a toda la noche porque un profesional de la salud creyó que tenía COVID-19
- <sub>02</sub> 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
- <sub>03</sub> Hablé con un profesional de la salud por teléfono, por correo electrónico o en línea
- <sub>04</sub> Me autoaislé o me mantuve en cuarentena en casa
- <sub>05</sub> Ninguna de las anteriores
- 2.b. En las dos semanas antes de tener síntomas, tú: (**Marca todas las que correspondan**)
- <sub>01</sub> Tuviste contacto con alguien que dio positivo en la prueba de la COVID-19
- <sub>02</sub> Tuviste 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)
- <sub>03</sub> Viajaste a otro estado o país (especifica: \_\_\_\_\_)
- <sub>04</sub> Ninguna de las anteriores



**Sección B. Efectos del brote de COVID-19 en ti**

1. ¿De qué formas ha afectado el brote de COVID-19 tu atención médica general? (**Marca todos los que correspondan**)

- <sub>01</sub> No fui a citas de atención médica porque me preocupaba tener que entrar al consultorio del profesional de la salud
- <sub>02</sub> El profesional de la salud que me atiende canceló las citas
- <sub>03</sub> El profesional de la salud que me atiende cambió a consultas por teléfono o en línea
- <sub>04</sub> El profesional de la salud que me atiende me dijo que me autoaislara o me mantuviera en cuarentena
- <sub>05</sub> Ninguna de las anteriores

2. ¿Tu escuela cerró a causa del brote de COVID-19?

- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No → **Pasa a la sección B, pregunta 3.**
- <sub>03</sub> No estoy inscrito/a en ninguna escuela → **Pasa a la sección B, pregunta 3.**

2.a. ¿Normalmente recibes comidas gratuitas en la escuela?

- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No → **Pasa a la sección B, pregunta 2.b**

2.a.1. ¿La escuela te ha ofrecido comidas durante el cierre escolar a causa de la COVID-19?

- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No → **Pasa a la sección B, pregunta 2.b**

2.a.1.a. ¿Has podido recibir las comidas que proporciona la escuela durante el cierre asociado con COVID-19?

- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No

2.b. ¿La escuela ha ofrecido aprendizaje en línea durante el cierre?

- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No → **Pasa a la sección B, pregunta 3.**

2.b.1. ¿La escuela ha proporcionado alguna de las siguientes cosas para apoyar el aprendizaje en línea?

- a. Acceso gratuito a Internet en casa <sub>01</sub> Sí <sub>02</sub> No
- b. Computadora o tableta gratuita <sub>01</sub> Sí <sub>02</sub> No

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

**3.** ¿Qué tipo de acceso a Internet tienes en casa? (*Marca todos los que correspondan*)

- <sub>01</sub> Internet de banda ancha de alta velocidad (wifi) (p. ej., DSL, cable, fibra óptica)
- <sub>02</sub> Internet por línea telefónica (no wifi)
- <sub>03</sub> Teléfono inteligente no conectado a una red wifi del hogar (p. ej., uso de celular, red LTE, punto de acceso móvil o *hotspot*, wifi de un vecino)
- <sub>04</sub> No tengo acceso a Internet en casa

→ *Pasa a la sección B, pregunta 4.*

**3.b.** ¿Tenías acceso a Internet de banda ancha de alta velocidad en casa antes del 1 de marzo de 2020?

- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No

*En las filas 4.a a 4.h a continuación, marca 'Menos', 'Igual' o 'Más' para indicar cuánto realizas ahora la actividad en comparación con antes del brote de COVID-19.*

**4.** En comparación con antes del brote de COVID-19, ¿cuánto haces ahora lo siguiente?

	<b>Menos</b>	<b>Igual</b>	<b>Más</b>
a. Comer	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
b. Dormir	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
c. Actividad física	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
d. Pasar tiempo afuera	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
e. Pasar tiempo en persona con amigos	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
f. Pasar tiempo a distancia con amigos (p. ej., en línea, en las redes sociales, por mensajes de texto)	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
g. Pasar tiempo viendo la televisión, jugando videojuegos o juegos por computadora, o usando las redes sociales con fines <b>educativos</b> , como para el trabajo escolar	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
h. Pasar tiempo viendo la televisión, jugando videojuegos o juegos por computadora, o usando las redes sociales con fines que <b>no son educativos</b>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>

**5.** En comparación con antes del brote de COVID-19, ¿te sientes...?

- <sub>01</sub> mucho menos conectado/a socialmente
- <sub>02</sub> menos conectado/a socialmente
- <sub>03</sub> un poco menos conectado/a socialmente
- <sub>04</sub> un poco más conectado/a socialmente
- <sub>05</sub> más conectado/a socialmente
- <sub>06</sub> mucho más conectado/a socialmente

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

6. ¿Qué has hecho para sobrellevar el estrés relacionado con el brote de COVID-19? (*Marca todas las que correspondan*)

- <sub>01</sub> Practicar meditación o atención plena (*mindfulness*)
- <sub>02</sub> Participar en más actividades en familia (p. ej., juegos, deportes)
- <sub>03</sub> Comer con más frecuencia, incluidos refrigerios o *snacks*
- <sub>04</sub> Aumentar el tiempo que pasas leyendo libros o haciendo actividades como rompecabezas y crucigramas
- <sub>05</sub> Beber alcohol
- <sub>06</sub> Consumir tabaco (p. ej., fumar; *no se incluye el vapeo*)
- <sub>07</sub> Consumir marihuana (p. ej., fumar, ingerir; *no se incluye el vapeo*) o cannabidiol (CBD)
- <sub>08</sub> Vapear marihuana
- <sub>09</sub> Vapear otras sustancias (p. ej., cigarrillos electrónicos, jugo de vape)
- <sub>10</sub> 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)
- <sub>11</sub> Hacer trabajos voluntarios
- <sub>12</sub> No he hecho ninguna de estas cosas para sobrellevar el brote de COVID-19

7. Indica en qué grado crees que el brote de COVID-19 tiene un efecto positivo o negativo en tu vida.

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

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