

 Environmental influences on Child Health Outcomes A program supported by the NIH		<b>COVID-19 Questionnaire – Child Parent-Report Version</b> ECHO-wide Cohort Version 01.30 / June 17, 2020			<b>Form C19-cPR</b> Page 1 of 5	
COHORT ID	SITE ID	PARTICIPANT ID	PIN	COHORT VISIT ID	FORM COMPLETED	
_____	_____	_____	_____	_____	____ / ____ / ____ <i>mm dd yyyy</i>	
ECHO LIFE STAGE			RESPONDENT			
<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Prenatal <input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Infancy <input type="checkbox"/> <sub>05</sub> Middle Childhood		<input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Perinatal <input type="checkbox"/> <sub>04</sub> Early Childhood <input type="checkbox"/> <sub>06</sub> Adolescence	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Participant <input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Biological Father		<input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Biological Mother <input type="checkbox"/> <sub>04</sub> Other Respondent Code: ____	

**STUDY STAFF INSTRUCTION:** This form should be completed by the primary caregiver of a child enrolled in an ECHO cohort during the life stages of infancy, early childhood, middle childhood, and adolescence through age 12 years. 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 el niño o la niña inscrito/a en ECHO</i></li> </ul> <p><i>Complete las secciones A y B si el niño o la niña tiene 12 meses o más. Complete la sección A solo si el niño o la niña tiene menos de 12 meses. Complete la sección A solo si el niño o la niña tiene menos de 12 meses.</i></p> <p><i>Estas preguntas se refieren a las experiencias del niño o la niña 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/a u otra persona a quien usted acuda para recibir atención médica. Todas las preguntas se refieren al niño o la niña inscrito/a en ECHO.

1. ¿Un profesional de la salud alguna vez le ha dicho que el niño o la niña tiene, o que probablemente tiene COVID-19 (coronavirus)?
- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No
2. ¿Cuáles de los siguientes síntomas ha tenido el niño o la niña en algún momento desde el 1 de marzo de 2020? (**Marque 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
- <sub>11</sub> Ojos rojos o picazón (comezón) en los ojos
- <sub>12</sub> Ninguno de los anteriores → **pase a la sección A, pregunta 3.**
- 2.a. ¿Cuáles de las siguientes situaciones sucedieron como consecuencia de los síntomas del niño o la niña? (**Marque todas las que correspondan**)
- <sub>01</sub> Dejaron al niño o la niña hospitalizado/a toda la noche porque un profesional de la salud creyó que tenía COVID-19
- <sub>02</sub> El niño o la niña tuvo una consulta 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> Usted y el niño o la niña hablaron con un profesional de la salud por teléfono, por correo electrónico o en línea
- <sub>04</sub> Usted y el niño o la niña se autoaislaron o se mantuvieron en cuarentena en casa
- <sub>05</sub> Ninguna de las anteriores
- 2.b. En las dos semanas antes de que el niño o la niña tuviera síntomas, él o ella: (**Marque todas las que correspondan**)
- <sub>01</sub> Tuvo contacto con alguien que dio positivo en la prueba de la COVID-19
- <sub>02</sub> Tuvo contacto con alguien que probablemente tenía COVID-19 (por ejemplo, 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> Viajó a otro estado o país (especifique: \_\_\_\_\_)
- <sub>04</sub> Ninguna de las anteriores

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

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

- <sub>01</sub> No, nunca traté de que el niño o la niña se hiciera la prueba
- <sub>02</sub> No, traté de que el niño o la niña se hiciera la prueba pero no pude
- <sub>03</sub> Sí, y el niño o la niña está esperando los resultados

**Si respondió que sí → 3.a.** ¿Cuál fue la fecha de la prueba más reciente del niño o la niña?     mm /     aaaa

- <sub>04</sub> Sí, y la prueba mostró que el niño o la niña no lo tiene (prueba **"negativa"**)
- Si respondió que sí → 3.b.** ¿Cuál fue la fecha de la prueba **negativa** más reciente del niño o la niña?

mm /     aaaa

- <sub>05</sub> Sí, y la prueba mostró que el niño o la niña sí lo tiene (prueba **"positiva"**)
- Si respondió que sí → 3.c.** ¿Cuál fue la fecha de la prueba **positiva** más reciente del niño o la niña?

mm /     aaaa

**4.** ¿Le han hecho al niño o la niña pruebas de sangre para ver si ya había tenido el virus COVID-19 (prueba de "serología")? (**Marque todos los que correspondan**)

- <sub>01</sub> No, nunca traté de que el niño o la niña se hiciera la prueba
- <sub>02</sub> No, traté de que el niño o la niña se hiciera la prueba pero no pude
- <sub>03</sub> Sí, y el niño o la niña está esperando los resultados

**Si respondió que sí → 4.a.** ¿Cuál fue la fecha de la prueba más reciente del niño o la niña?     mm /     aaaa

- <sub>04</sub> Sí, y la prueba mostró que el niño o la niña no lo tuvo (prueba **"negativa"**)
- Si respondió que sí → 4.b.** ¿Cuál fue la fecha de la prueba **negativa** más reciente del niño o la niña?

mm /     aaaa

- <sub>05</sub> Sí, y la prueba mostró que el niño o la niña sí lo tuvo (prueba **"positiva"**)
- Si respondió que sí → 4.c.** ¿Cuál fue la fecha de la prueba **positiva** del niño o la niña?

mm /     aaaa

**5.** ¿De qué formas ha afectado el brote de COVID-19 la atención médica general del niño o la niña? (**Marque todas las que correspondan**)

- <sub>01</sub> El niño o la niña no fue a citas de atención médica porque a mí me preocupaba que entrara al consultorio del profesional de la salud
- <sub>02</sub> El profesional de la salud que atiende al niño o la niña canceló las citas
- <sub>03</sub> El profesional de la salud que atiende al niño o la niña cambió a consultas por teléfono o en línea
- <sub>04</sub> El profesional de la salud que atiende al niño o la niña le dijo que se autoaislara o se mantuviera en cuarentena
- <sub>05</sub> Ninguna de estas corresponde

**6.** Para guiarle durante el resto de las preguntas, ¿el niño o la niña tiene 12 meses o más?

- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No → **Si la marcó, pase al FINAL.**

**Setting**

**Mode**

<sub>01</sub> Clinic or site      <sub>02</sub> Phone      <sub>03</sub> Other location

<sub>01</sub> Self-administered      <sub>02</sub> Staff-administered