

ECHO Environmental influences on Child Health Outcomes <small>A program supported by the NIH</small>	COVID-19 Questionnaire – Child Self-Report Primary Version ECHO-wide Cohort Version 01.31 / June 8, 2020				Form C19-cPV Page 1 of 7	
	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"/> ₀₂ Perinatal		<input type="checkbox"/> ₀₁ Participant		<input type="checkbox"/> ₀₂ Biological Mother
<input type="checkbox"/> ₀₃ Infancy		<input type="checkbox"/> ₀₄ Early Childhood		<input type="checkbox"/> ₀₃ Biological Father		<input type="checkbox"/> ₀₄ Other Respondent
<input type="checkbox"/> ₀₅ Middle Childhood		<input type="checkbox"/> ₀₆ Adolescence		<input type="checkbox"/> 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>INSTRUCCIONES:</p> <p><i>Este cuestionario tiene 2 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 ti</i> <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)?
- ₀₁ Sí
- ₀₂ No
2. ¿Cuáles de los siguientes síntomas has tenido en algún momento desde el 1 de marzo de 2020? (**Marca 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 (no puedes oler ni saborear)
- ₁₁ Ojos rojos o picazón (comezón) en los ojos
- ₁₂ 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**)**

- 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, tú: (Marca todas las que correspondan**)**

- ₀₁ Tuviste contacto con alguien que dio positivo en la prueba de la COVID-19
- ₀₂ 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)
- ₀₃ Viajaste a otro estado o país (especifica: _____)
- ₀₄ Ninguna de las anteriores

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

3. ¿Te han hecho una prueba de frotis nasal (con un aplicador de algodón) para detectar el virus que causa la COVID-19? **(Marca 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 respondiste que sí → 3.a. ¿Cuál fue la fecha de tu prueba más reciente? ____ / ____ ____
mm aaaa

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

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

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

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

4. ¿Te han hecho una prueba de sangre para ver si ya habías tenido el virus que causa la COVID-19 (prueba de "serología")? **(Marca 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 respondiste que sí → 4.a. ¿Cuál fue la fecha de tu prueba más reciente? ____ / ____ ____
mm aaaa

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

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

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

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

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

- ₀₁ Sí
- ₀₂ No

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 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 las anteriores
2. ¿Tu escuela cerró a causa del brote de COVID-19?
- ₀₁ Sí
- ₀₂ No → **Pasa a la sección B, pregunta 3.**
- ₀₃ No estoy inscrito/a en ninguna escuela → **Pasa a la sección B, pregunta 3.**
- 2.a. ¿Normalmente recibes comidas gratuitas en la escuela?
- ₀₁ Sí
- ₀₂ 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?
- ₀₁ Sí
- ₀₂ 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?
- ₀₁ Sí
- ₀₂ No
- 2.b. ¿La escuela ha ofrecido aprendizaje en línea durante el cierre?
- ₀₁ Sí
- ₀₂ 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 ₀₁ Sí ₀₂ No
- b. Computadora o tableta gratuita ₀₁ Sí ₀₂ 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**)

- ₀₁ Internet de banda ancha de alta velocidad (wifi) (p. ej., DSL, cable, fibra óptica)
- ₀₂ Internet por línea telefónica (no wifi)
- ₀₃ 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)
- ₀₄ 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?

- ₀₁ Sí
- ₀₂ 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?

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

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

- ₀₁ mucho menos conectado/a socialmente
- ₀₂ menos conectado/a socialmente
- ₀₃ un poco menos conectado/a socialmente
- ₀₄ un poco más conectado/a socialmente
- ₀₅ más conectado/a socialmente
- ₀₆ 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**)

- ₀₁ Practicar meditación o atención plena (*mindfulness*)
- ₀₂ Participar en más actividades en familia (p. ej., juegos, deportes)
- ₀₃ Comer con más frecuencia, incluidos refrigerios o *snacks*
- ₀₄ Aumentar el tiempo que pasas leyendo libros o haciendo actividades como rompecabezas y crucigramas
- ₀₅ Beber alcohol
- ₀₆ Consumir tabaco (p. ej., fumar; *no se incluye el vapeo*)
- ₀₇ Consumir marihuana (p. ej., fumar, ingerir; *no se incluye el vapeo*) o cannabidiol (CBD)
- ₀₈ Vapear marihuana
- ₀₉ Vapear otras sustancias (p. ej., cigarrillos electrónicos, jugo de vape)
- 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

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

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

8. Desde que te enteraste del brote de COVID-19, ¿con qué frecuencia te has sentido feliz y satisfecho/a con tu 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 ti (continuación)

En las filas 9.a a 9.i a continuación, marca 'Nunca', 'Rara vez', 'A veces', 'Con frecuencia' o 'Con mucha frecuencia' para indicar la frecuencia con que has tenido esa experiencia desde que te enteraste del brote de COVID-19.

9. Desde que te enteraste del brote de COVID-19, ¿con qué frecuencia...?	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
a. has 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. te has sobresaltado fácilmente	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
c. has 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. has 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. te has sentido aturdido/a	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅
f. has 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. has 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. has 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. has estado angustiado/a cuando ves algo que te recuerda la COVID-19	<input type="checkbox"/> ₀₁	<input type="checkbox"/> ₀₂	<input type="checkbox"/> ₀₃	<input type="checkbox"/> ₀₄	<input type="checkbox"/> ₀₅

Setting

₀₁ Clinic or site ₀₂ Phone ₀₃ Other location

Mode

₀₁ Self-administered ₀₂ Staff-administered