

		¿Cuántos días ha tenido este síntoma?	¿Actualmente tiene este síntoma?	¿Diría que este síntoma [ES/FUE] leve, moderado o grave?
f.	Dolor de garganta	NO0 (g) YES.....1	__ __ DAYS	NO 0 YES 1 LEVE 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
g.	Tos (una nueva tos o tos crónica que ha empeorado)	NO0 (h) YES.....1	__ __ DAYS	NO 0 YES 1 LEVE 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
h.	Dificultad para respirar (disnea)	NO0 (i) YES.....1	__ __ DAYS	NO 0 YES 1 LEVE 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
i.	Nausea o vomito	NO0 (j) YES.....1	__ __ DAYS	NO 0 YES 1 LEVE 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
j.	Dolor de cabeza	NO0 (k) YES.....1	__ __ DAYS	NO 0 YES 1 LEVE 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
k.	Dolor abdominal	NO0 (l) YES.....1	__ __ DAYS	NO 0 YES 1 LEVE 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
l.	Diarrea (tres o más deposiciones sueltas en 24 horas)	NO0 (m) YES.....1	__ __ DAYS	NO 0 YES 1 LEVE 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
m.	Pérdida del sentido de gusto	NO0 (n) YES.....1	__ __ DAYS	NO 0 YES 1 LEVE 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
n.	Pérdida del sentido del olfato	NO0 (o) YES.....1	__ __ DAYS	NO 0 YES 1 LEVE 1 MODERADO2 GRAVE..... 3
o.	¿Otro síntoma?	NO0 (B2) YES.....1	__ __ DAYS	NO 0 YES 1 LEVE 1 MODERADO2 GRAVE..... 3

SPECIFY: _____

B2. ¿Algunos de estos síntomas ocurrieron al mismo tiempo?
 NO 0 (B3 INTRODUCCIÓN)
 YES..... 1

a. ¿Cuáles síntomas? [INTERVIEWER: RESTATE SYMPTOMS FROM B1 AND ASK PARTICIPANT TO SELECT ONLY THOSE THAT HAPPENED CONCURRENTLY. CIRCLE "YES" RESPONSE BELOW FOR THOSE SYMPTOMS THAT PARTICIPANT LISTS.]

		<u>NO</u>	<u>YES</u>
i.	Fiebre > 100.4° F.....	0	1
ii.	Afiebrado o sintió fiebre	0	1
iii.	Escalofrió	0	1
iv.	Dolores musculares	0	1
v.	Sonadera o congestión nasal.....	0	1

- B5. ¿Que fue el resultado de esa prueba?
- PRUEBA NEGATIVA 1
- PRUEBA POSITIVA 2
- PRUEBA PENDIENTE..... 3

B6. ¿Algún trabajador de salud le ha dado alguno de los siguientes medicamentos para tratar coronavirus?

	<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>DON'T KNOW</u>
a. lopinavir/ritonavir (Kaletra)	0	1	-8
b. hydroxychloroquine (Plaquenil)	0	1	-8
c. Hydroxychloroquine (Plaquenil) con azithromycin (Zithromax, Z-pak)	0	1	-8
d. Chloroquine	0	1	-8
e. Ribavirin (Moderiba, Rebetol)	0	1	-8
f. Remdesivir	0	1	-8
g. azithromycin (Zithromax, Z-Pak)	0	1	-8
h. Transfusión o infusión de plasma	0	1	-8
i. Otro Tratamiento	0 (j)	1	-8

SPECIFY: _____

- j. **INTERVIEWER INSTRUCTIONS:** Collect medical records release and collect all available information for each reported medication. **[INTERVIEWER: ENTER “-9” FOR ANY MISSING DATA IN THIS QUESTION.]**

PROVIDER NAME _____

PROVIDER INSTITUTION _____

PROVIDER ADDRESS _____

- B7. Desde Enero, ¿ha estado hospitalizado porque tenía coronavirus o porque tenía dificultad para respirar o una infección respiratoria?
- NO 0 **IF B4=0 GO TO B9. IF B4=1 GO TO B10.**
- YES 1 **COLLECT MEDICAL RECORDS RELEASE**

- a. **INTERVIEWER INSTRUCTIONS:** Collect all available information for hospitalization. **[INTERVIEWER: ENTER “-9” FOR ANY MISSING DATA IN THIS QUESTION.]**

PROVIDER NAME _____

HOSPITAL NAME _____

HOSPITAL ADDRESS _____

- b. ¿En qué fecha entró al hospital?

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|
M D Y

- c. ¿En qué fecha salió del hospital?

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|
M D Y

B8. Ud. diría que....

- Se ha recuperado y ya no tiene síntomas 1 (B10)
 Se siente mejor, pero
 no está completamente recuperado 2 (B10)
 No se está sintiendo mejor 3 (B10)

B9. ¿Porqué no ha tenido una prueba para coronavirus? Es porque...

	<u>NO</u>	<u>YES</u>
a. No se ha sentido enfermo	0	1
b. No había pruebas disponibles	0	1
c. No ha tenido transporte para ir o venir del lugar donde hacen la prueba	0	1
d. Estaba preocupado de no tener suficiente dinero para pagar	0	1
e. No sabía a donde ir para hacerse la prueba	0	1
f. No tenía a alguna persona que le ayudara a cuidar a niños u otras personas en su cuidado mientras que se hacia la prueba	0	1
g. No ha podido tomarse tiempo libre del trabajo	0	1
h. Un trabajador de salud le dijo que se pusiera en auto cuarentena en vez de hacerse la prueba	0	1
i. Otra razón	0 (B10)	1
SPECIFY: _____		

B10. ¿Alguno de sus medicamentos tiene un nombre genérico que termina en "-pril" o "-sartan"?
 Frecuentemente estos medicamentos los toman personas que tienen presión arterial alta, diabetes o enfermedad del corazón.

- NO 0 (B12)
 YES..... 1
 DON'T KNOW -8

B11. ¿Cuál medicamento?

Name of Medication	<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>DONT KNOW</u>
a. benazepril (Lotensin)	0	1	-8
b. Captopril	0	1	-8
c. enalapril (Vasotec, Epaned)	0	1	-8
d. Fosinopril	0	1	-8
e. lisinopril (Prinivil, Zestril, Qbrelis)	0	1	-8
f. Moexipril	0	1	-8
g. perindopril (Aceon)	0	1	-8

Name of Medication		<u>NO</u>	<u>YES</u>	<u>DONT KNOW</u>
h.	quinapril (Accupril)	0	1	-8
i.	ramipril (Altace)	0	1	-8
j.	trandolapril (Mavik)	0	1	-8
k.	azilsartan (Edarbi)	0	1	-8
l.	candesartan (Atacand)	0	1	-8
m.	eprosartan (Teveten)	0	1	-8
n.	irbesartan (Avapro)	0	1	-8
o.	telmisartan (Micardis)	0	1	-8
p.	valsartan (Diovan, Prexxartan)	0	1	-8
q.	losartan (Cozaar)	0	1	-8
r.	olmesartan (Benicar)	0	1	-8
s.	sacubitril/valsartan (Entresto)	0	1	-8
t.	nebivolol/valsartan (Byvalson)	0	1	-8

- u. **INTERVIEWER INSTRUCTIONS:** Collect medical records release and collect all available information for each reported medication. **[INTERVIEWER: ENTER “-9” FOR ANY MISSING DATA IN THIS QUESTION.]**

PROVIDER NAME _____

PROVIDER INSTITUTION _____

PROVIDER ADDRESS _____

- B12. Desde Enero, ¿le ha dicho un trabajador de salud que tiene una prueba positiva de la influenza, comúnmente llamada la flu?

NO 0

YES..... 1

- B13. PARTICIPANT'S HIV STATUS:

LIVING WITH HIV 1

HIV-NEGATIVE 2 (SECTION C)

- B14. Ahora le preguntaré sobre cualquier medicamento para combatir el VIH/SIDA que este tomado actualmente. Además de las medicinas recetadas, diga otros medicamentos que este tomado como parte de un estudio, incluyendo estudios en los que no sabe si recibió el medicamento.

- a. ¿Actualmente está tomando cualquier medicamento para combatir el VIH/SIDA?

NO 0 (SECTION C)

YES..... 1 COLLECT MEDICAL RECORDS RELEASE

START SUBFORM BLCOVIDS1

- b. DOES PARTICIPANT KNOW ACTUAL NAME OF DRUG?
NO 0 (d)
YES..... 1
- c. **CAPTURED VIA RX NORM:** <https://mor.nlm.nih.gov/download/rxnav/RxNavDoc.html>
- d. OR, DESCRIBE IF ACTUAL NAME NOT KNOWN: _____
(ENTER "-1" IF NAME CAPTURED IN RXNORM)
- e. ¿Cuándo empezó a tomar (DROGA)? Solo necesito el mes y el año. Si ésta es un medicamento que usted ha vuelto a comenzar a usar, por favor diga la fecha más reciente que comenzó otra vez a usarlo.

|__|__| / |__|__|__|__|
M M Y Y Y Y

- f. **INTERVIEWER INSTRUCTIONS:** Collect all available information for medications. **[INTERVIEWER: ENTER "-9" FOR ANY MISSING DATA IN THIS QUESTION.]**

PROVIDER NAME _____
PROVIDER INSTITUTION _____
PROVIDER ADDRESS _____

END SUBFORM BLCOVIDS1

SECTION C. HOUSEHOLD TOBACCO USE

INTRODUCCIÓN: Ahora le haré algunas preguntas acerca del lugar donde está viviendo.

- C1. ¿Dónde está viviendo (se está quedando) actualmente?
En su propia casa/apartamento 1
En la casa de sus padres 2
En la casa/apartamento de otra persona 3
En un alojamiento o albergue que ofrece una habitación
(*rooming house*) o que ofrece comidas (*boarding house*)
o una casa de recuperación (*halfway house*) 4
En un albergue (*shelter*) o
hotel del bienestar público (*welfare*) 5
En la calle 6
En la cárcel/otra institución correccional 7
En una residencia para el tratamiento
por drogas o alcohol 8
En otro tipo de lugar 9
- C2. ¿Cuántas personas viven en su casa, no incluyéndose a Ud.?
 - a. TOTAL NUMBER OF ADULTS: |__|__|
 - b. TOTAL NUMBER OF CHILDREN: |__|__|

C3. Actualmente...

	<u>NO</u>	<u>YES</u>
a. Fumas productos de tabaco?	0	1
b. Usas un vaporizador con productos de tabaco?	0	1
c. Fumas cannabis/marihuana en una pipa, la envoltura de un cigarrillo, pipa de agua?	0	1
d. Usas un vaporizador con cannabis/marihuana?	0	1
e. Ingieres cannabis/marihuana por “dabbing”?	0	1

INTERVIEWER: IF C2a = 0 AND C2b = 0 SKIP TO QUESTION D1.

C4. ¿Hay alguna persona que viva con Ud. que utilice los siguientes productos (adentro o afuera del hogar)?

	<u>NO</u>	<u>YES</u>
a. Fuma productos de tabaco	0	1
b. Usa un vaporizador con productos de tabaco	0	1
c. Fuma cannabis/marihuana en una pipa, la envoltura de un cigarrillo, pipa de agua?	0	1
d. Usa un vaporizador con cannabis/marihuana	0	1
e. Ingiere cannabis/marihuana por “dabbing”	0	1

SECTION D. RESOURCE CHANGES & DISRUPTIONS

INTRODUCCIÓN: Ahora le hare unas preguntas sobre como el coronavirus puede estar afectando su vida y su acceso a recursos como comida, vivienda y cuidado médico.

D1. La pandemia de coronavirus ha resultado en alguna de las siguientes cosas:

	<u>NO</u>	<u>YES</u>
a. Ud. o algún miembro de su hogar ha perdido el trabajo o ha tenido que parar de trabajar o ha tenido que trabajar menos horas?	0 (b)	1
i. Ha/Han aplicado parar recibir, o recibido, seguro de desempleo?	0	1
b. Ud. ha perdido la ayuda para cuidar a sus niños o ha tenido que dedicar mas tiempo al cuidado de sus niños	0	1
c. Ud. o algún miembro de su hogar ha perdido otras fuentes de recursos financieros, como cupones de alimentos	0	1
d. Ud. ha perdido su alojamiento o se ha quedado sin hogar	0	1
e. Ud. tuvo un cambio en cobertura de su seguro de salud	0 (f)	1
i. ¿Perdió su seguro de salud?	0	1
ii. ¿Adquirió seguro de salud como parte de cobertura de emergencia o porque hubo una expansión de Medicaid?	0	1
f. Ud. tuvo dificultad pagando por necesidades básicas incluyendo comida, ropa, vivienda o calefacción	0	1

D2. ¿La pandemia de coronavirus ha resultado en alguno de los siguientes problemas de acceso a cuidado médico?

	<u>NO</u>	<u>YES</u>
a. Incapaz de atender una cita con un trabajador de salud	0 (b)	1
<i>Eso fue porque...</i>		
i. El centro de cuidado médico (<i>clínica, hospital, consultorio medico</i>) estaba cerrado por la pandemia de coronavirus	0	1
ii. Ud. no tenía transporte para atender la cita	0	1
iii. El trabajador de salud estaba atendiendo citas con pacientes por teléfono o internet y Ud. no tiene acceso a un teléfono celular o internet.	0	1
b. Incapaz de obtener medicamentos que normalmente se toma	0 (c)	1
i. ¿Fueron sus medicamentos para combatir el VIH/SIDA?	0	1
c. Incapaz de pagar por servicios médicos	0 (D3)	1
i. ¿Eso fue porque perdió su seguro médico?	0	1

D3. ¿Dígame cuánto la pandemia de coronavirus ha interrumpido la atención que Ud. recibe de salud mental (e.g., consejero, terapeuta, grupos de soporte)?

[INTERVIEWER: IF PARTICIPANT DOES NOT RECEIVE MENTAL HEALTH CARE, ANSWER “1” AND SKIP TO NEXT QUESTION, OTHERWISE READ ALL RESPONSE OPTIONS.]

- Yo no recibo servicios de salud mental..... 1 (D4)
- Para nada 2
- Un poco 3
- Mucho 4

D4. ¿Dígame cuánto la pandemia de coronavirus ha interrumpido la atención que Ud. recibe por tratamiento de adicción a las drogas?

[INTERVIEWER: IF PARTICIPANT DOES NOT RECEIVE SUBSTANCE ABUSE/ADDICTION CARE, ANSWER “1” AND SKIP TO NEXT QUESTION, OTHERWISE READ ALL RESPONSE OPTIONS.]

- Yo no recibo servicios de tratamiento de adicción a las drogas 1 (E1)
- Para nada 2
- Un poco 3
- Mucho 4

SECTION E. ABUSE

INTRODUCCIÓN: A veces podemos estar en situaciones difíciles, o nos ocurren cosas que no podemos controlar, como el abuso sexual o el daño físico. Estamos conscientes de que recordar esas experiencias puede ser difícil.

- E1. Desde Enero, ¿ha sido expuesta/o a abuso físico, emocional o sexual?
 NO 0 (F1)
 YES..... 1
- E2. Desde Enero, ¿ha experimentado un cambio (aumento o reducción) en abuso físico, emocional o sexual?
- i. ¿Fue un aumento?
- | | | | |
|--------------------|-------------------------------|--------------------------|--|
| a. Abuso Físico | NO 0 (b)
YES..... 1 | NO 0
YES..... 1 | |
| b. Abuso Emocional | NO 0 (c)
YES..... 1 | NO 0
YES..... 1 | |
| c. Abuso Sexual | NO 0 (F1)
YES..... 1 | NO 0
YES..... 1 | |

SECTION F. PSYCHOSOCIAL IMPACTS OF CORONAVIRUS

INTRODUCCIÓN: Ahora le voy a preguntar cómo se ha sentido durante la pandemia de coronavirus
CES-D Depression Screen- Short Form

F1. Voy a leer una lista de las maneras que quizás Ud. ha sentido o en la forma que ha actuado durante la semana pasada. Por favor, dígame cuantos días Ud. se ha sentido así durante la semana pasada.

	<1 día	1–2 días	3–4 días	5–7 días
CESD-D Items				
a. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan.	1	2	3	4
b. Tuve problemas concentrándome en lo que estaba haciendo.	1	2	3	4
c. Me sentí deprimida.	1	2	3	4
d. Sentí que todo lo que hacía tomaba mucho esfuerzo.	1	2	3	4
e. Me sentí llena de esperanza en el futuro.	1	2	3	4
f. Me sentí temerosa.	1	2	3	4
g. No descansé al dormir.	1	2	3	4
h. Estuve contenta/feliz.	1	2	3	4
i. Me sentí sola.	1	2	3	4
j. No podía motivarme.	1	2	3	4
PROMIS Item Bank: Emotional Distress-Anxiety				
k. Mis inquietudes fueron demasiado para mí.	1	2	3	4
l. Me sentí intranquilo/a.	1	2	3	4

Social Support

F2. ¿En el último mes, ha habido alguien con quien Ud. pueda hablar acerca de cosas importantes para Ud. – alguien con quien Ud. pueda contar con su apoyo y comprensión?

- Nadie 1
- Una persona..... 2
- 2-3 personas 3
- 4-5 personas..... 4
- 6 o más personas 5

Social Support Satisfaction

F3. En el último mes, ¿qué satisfecho ha estado con el nivel de apoyo que ha recibido de otra gente?

- Muy satisfecho 1
- Satisfecho..... 2
- Ni satisfecho ni insatisfecho 3
- Insatisfecho..... 4
- Muy insatisfecho 5

Perceived Stress Scale (PSS-4)

F4. Voy a leer una lista de las maneras que quizás Ud. se ha sentido durante el último mes. Las respuestas para estas preguntas son: nunca, rara vez, algunas veces, a menudo o siempre.

<i>En el último mes, con qué frecuencia se ha sentido...</i>	Nunca	Rara vez	Algunas Veces	A menudo	Siempre
a. Incapaz de controlar las cosas importantes en su vida	1	2	3	4	5
b. Seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales	1	2	3	4	5
c. Que las cosas le van bien	1	2	3	4	5
d. Que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas	1	2	3	4	5

Loneliness Brief Form (3 questions)

F5. Las siguientes preguntas tienen que ver con sus sentimientos durante la pandemia de coronavirus. Voy a leer una lista de las maneras que quizás Ud. se ha sentido durante el último mes. Por favor diga qué tan a menudo Ud. se ha sentido como describe cada frase.

	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia
a. ¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	1	2	3
b. ¿Con qué frecuencia se siente excluida?	1	2	3
c. ¿Con qué frecuencia se siente aislada de los demás?	1	2	3

Brief Resilient Coping Scale

F6. Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que Ud. ha manejado el estrés en su vida desde que empezó la pandemia de coronavirus. Considera que bien cada una de estas afirmaciones refleja su comportamiento y acciones.

	No me describe en absoluto	Me describe poco	Ni poco ni mucho	Me describe bastante	Me describe muy bien
a. Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles	1	2	3	4	5
b. Independientemente de lo que me suceda, creo que puedo controlar mis reacciones	1	2	3	4	5
c. Creo que puedo crecer positivamente haciendo frente las situaciones difíciles	1	2	3	4	5

F7. TIME MODULE ENDED (24-hour): |__|__|:|__|__|