

Español

## Information needed

Puede que le resulte útil tener los siguientes elementos listos a medida que completa la encuesta. *Si no tiene estos elementos, complete la información lo mejor que pueda.*

<p><b>Resultados de las pruebas</b></p>	<p><i>Fechas, tipo (PCR, anticuerpo) y resultado de las pruebas <u>Si no recuerda la fecha exacta, es suficiente con la fecha aproximada. Si le han hecho pruebas de anticuerpos, le preguntaremos sobre el fabricante, pero esta información no es necesaria.</u></i></p>
<p><b>Duración y gravedad de los síntomas</b></p>	<p><i>Su registro de síntomas <u>Se le pedirá que elija los síntomas que tuvo durante las primeras 4 semanas, y los meses siguientes hasta, <b>el mes 7.</b></u></i></p>
<p><b>Otras pruebas de diagnóstico</b></p>	<p><i>Los resultados de sus pruebas médicas <u>Se le harán varias preguntas sobre las pruebas médicas para sus síntomas físicos de COVID-19 (análisis de sangre, resonancias magnéticas / tomografías computarizadas / radiografías, ecografías, cardiogramas). Si no tiene estas pruebas, está bien.</u></i></p>

## Take a Break

Recuerde que en cualquier momento puede detenerse y reanudar esta encuesta posteriormente. Recomendamos tomar descansos, especialmente si está experimentando síntomas actualmente, para limitar el esfuerzo mental.

### Para volver a la encuesta:

- **Para volver a esta encuesta más tarde, marque el enlace que se encuentra en su navegador.**
- No complete la encuesta en modo privado / incógnito.
- No borre las cookies de su navegador.

Su progreso se guardará durante una semana. **one week.**

## Demographics

¿En qué país reside actualmente? \*

¿En qué ciudad vives? Por favor incluir el estado si se aplica \*

En qué tipo de área vives? \*

- Suburbana
- Urbana
- Rural

En cuál de estos grupos de edad estás? \*

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79
- 80+

Cuál es tu género? \*

- Femenino/Mujer
- Masculino/Hombre
- No binario/Género queer/No conformado
- Prefiero no decir
- Otro

¿Coincide tu género con aquel que se te asignó al nacer? \*

- Si
- No

Si se aplica, ¿estás en proceso de embarazo? \*

- Si
- No
- No contestado

Si corresponde, ¿tiene 6 meses o menos después del parto? \*

- Si
- No
- No contestado

Si corresponde, ¿tiene períodos o un ciclo menstrual? \*

- Si
- No, tengo la menopausia
- No, por otra razón
- No contestado

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su ascendencia? \*

Seleccione todas las que correspondan. \*

- Asiático, Asiático del Sur, Asiático del Sureste (Chino, Hidú asiático, Vietnamita, Filipino...)
- Negro (Afroamericano, Jamaicano, Nigeriano, Haitiano...)
- Blanco (Alemán, Italiano, Inglés, Polaco, Francés)
- Hispánico, Latino o de ascendencia española (Mexicano, Mexicano-Americano, Puerto Riqueño, Cubano...)
- Grupos indígenas (Nación Navajo, Tribu Pies Negros, Mayas, Inupiat...)

- De las Islas del Pacífico (Hawiano nativo, Samoano, Fujiano, Chamorro...)
- Medio Oriente o Norte de África (Libanés, Iraní, Egipcio, Marroquí....)
- Prefiero no contestar
- Otro

¿Cuál era el ingreso anual de su hogar inmediatamente **ANTES DEL COVID-19?** \*

- \$0 - \$10,000 USD
- \$10,001 - \$40,000 USD
- \$40,001 - \$85,000 USD
- \$85,001 - \$150,000 USD
- >\$150,000 USD
- Prefiero no responder

¿Cuál era el ingreso anual de su hogar inmediatamente **DESPUÉS COVID-19?** \*

- \$0 - \$10,000 USD
- \$10,001 - \$40,000 USD
- \$40,001 - \$85,000 USD
- \$85,001 - \$150,000 USD
- >\$150,000 USD
- Prefiero no responder

¿Cuál era el ingreso anual de su hogar inmediatamente **ANTES DEL COVID-19?** \*

- \$0 - \$10,000 CAD
- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Prefiero no responder

¿Cuál era el ingreso anual de su hogar inmediatamente **DESPUÉS**  
**COVID-19?** \*

- \$0 - \$10,000 CAD
- \$10,001 - \$40,000 CAD
- \$40,001 - \$85,000 CAD
- \$85,001 - \$150,000 CAD
- >\$150,000 CAD
- Prefiero no responder

¿Cuál era el ingreso anual de su hogar inmediatamente **ANTES DEL**  
**COVID-19?** \*

- £0 - £20,000 GBP
- £20,000 - £40,000 GBP
- £40,000 - £60,000 GBP
- £60,000 - £80,000 GBP
- >£80,000 GBP
- Prefiero no responder

¿Cuál era el ingreso anual de su hogar inmediatamente **DESPUÉS**

**COVID-19? \***

- £0 - £20,000 GBP
- £20,000 - £40,000 GBP
- £40,000 - £60,000 GBP
- £60,000 - £80,000 GBP
- >£80,000 GBP
- Prefiero no responder

**¿Cuál era el ingreso anual de su hogar inmediatamente ANTES DEL COVID-19? \***

- €0 - €20,000 EUR
- €20,000 - €40,000 EUR
- €40,000 - €60,000 EUR
- €60,000 - €80,000 EUR
- >€80,000 EUR
- Prefiero no responder

**¿Cuál era el ingreso anual de su hogar inmediatamente DESPUÉS COVID-19? \***

- €0 - €20,000 EUR
- €20,000 - €40,000 EUR
- €40,000 - €60,000 EUR
- €60,000 - €80,000 EUR
- >€80,000 EUR
- Prefiero no responder

¿Cuál es su nivel educativo más alto alcanzado? \*

- Bachillerato incompleto o menos
- Bachillerato terminado
- Licenciatura o grado afín
- Posgrado

¿Eres un profesional de la salud? \*

- Si
- No

¿Cómo encontraste esta encuesta? \*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo "Body Politic" en Slack                       | <input type="checkbox"/> Instagram  |
| <input type="checkbox"/> Grupo "Long Haul COVID Fighters" en Facebook                 | <input type="checkbox"/> Un amigo/familiar lo compartió conmigo   |
| <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo para los pacientes de COVID largo en Facebook | <input type="checkbox"/> Lista de correo del grupo de Investigación Guiada por Pacientes (Patient Led Research) |
| <input type="checkbox"/> Otro grupo de apoyo Facebook                                 | <input type="checkbox"/> Noticias (Artículo, periódico, blog)   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Otro   |
| <input type="checkbox"/> Twitter  | <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>                |

## Background Section



¿Cuándo empezaron tus síntomas? \*

	Al mes	Día	Año
Por favor selecciona:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

¿Estás experimentando síntomas todavía? \*

- Yes  
 No

## Recovered - Total Days

¿Cuántos días en total tuviste síntomas? \*

## Lifestyle & Pre-existing Conditions

¿Tenías alguna de estas patologías o diagnósticos **previamente** o sufriste alguno de ellos antes del COVID?

- Alergias alimentarias  
 Alergias ambientales (polvo, moho)  
 Alergias a sustancias químicas  
 Alergias estacionales  
 Alergias de origen desconocido  
 Otras alergias

- Insomnio
- Sueños lúcidos (sueños en los que eres consciente de que estás soñando o tienes control sobre lo que sueñas)
- Pesadillas
- Sueños vívidos o muy reales
- Sudores nocturnos
- Apnea del sueño
- ERGE/Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Celiaquía
- Enfermedad de Crohn
- Colitis ulcerosa
- Síndrome de colon irritable
- Otros problemas gastrointestinales
- Asma
- EPOC/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Tuberculosis
- Eccema/Dermatitis
- Patologías cutáneas de origen viral (calenturas, herpes, verrugas, molusco)
- Demencia
- Convulsiones/Epilepsia
- Migrañas
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Parkinson
- Esclerosis múltiple
- Neuropatía periférica
- Enfermedad coronaria
- Insuficiencia cardíaca
- Hipertensión arterial
- Hipotensión arterial
- Antecedentes de trombos
- Antecedentes de ictus

- Hiperlipidemia/Colesterol alto
- Prolapso de válvula mitral
- Anemia
- Autismo
- Patologías autoinmunes o reumatológicas
- Cáncer (de cualquier tipo)
- Insuficiencia renal crónica
- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Síndrome de Ethlers-Danlos
- Endometriosis
- Fibromialgia
- Deficiencia de inmunoglobulina A (Ig A)
- Cistitis intersticial/Síndrome de vejiga dolorosa
- Hepatitis (AA/B/C)
- VIH
- Síndrome de activación mastocitaria
- Encefalomiелitis miálgica/Síndrome de fatiga crónica
- Obesidad
- Síndrome de taquicardia postural ortostática
- Infecciones bacterianas recurrentes
- Infecciones virales recurrentes
- Síndrome de piernas inquietas
- Trastorno de la articulación temporomandibular
- Vértigo
- Visión: Miope/hipermetrope
- Deficiencia de vitamina D
- Ninguno de los anteriores**

Por favor, indica otras afecciones o diagnósticos no mencionados aquí.

En caso de ser varios, por favor sepáralos con una coma. Por favor, enumera las afecciones, no una descripción o explicación de las mismas.

¿Cambiaron tus afecciones previas durante el transcurso de los síntomas del COVID-19?

- Si, empeoraron
- Si, mejoraron
- Algunas mejoraron, otras siguieron igual, otras empeoraron (por favor, explícalo en la caja de texto en la siguiente página)
- No, permanecieron igual
- No contestado (No tenía patologías previas)

Si alguna de tus afecciones previas empeoró, por favor descríbelo aquí (opcional)

Si alguna de tus afecciones previas mejoró, por favor descríbelo aquí (opcional)

¿Cuál es tu tipo sanguíneo? Si no lo sabes, por favor, selecciona "No lo se". \*

No lo se

## Hospitalization

## Hospitalización

¿Consultaste con un médico tus síntomas de COVID-19? Selecciona todos los que sean ciertos para ti. Se incluyen consultas en persona y teleconsulta como llamadas telefónicas. \*

- Terapeuta de medicina alternativa
- Cardiólogo
- Dermatólogo
- Gastroenterólogo
- Hematólogo
- Médico de atención especializada
- Inmunólogo/Alergólogo
- Infectólogo
- Mi médico de atención primaria/ Médico de familia
- Neurólogo/Neuroinmunólogo
- Ginecólogo/Obstetra

- Psiquiatra
- Pneumólogo
- Reumatólogo
- Otro
- No he visto a ningún médico

¿Te internaron en el hospital?? \*

- Si
- No
- Estuve en urgencias pero no me ingresaron.

Si lo estuviste, ¿por cuánto tiempo estuviste interno en el hospital? \*

¿Recibiste aporte externo de oxígeno en el hospital? \*

- Sí, cánula nasal/gafas nasales
- Si, me intubaron
- No
- No me ingresaron
- Otro

(Opcional) Si es posible, describe tu experiencia con el cuidado

recibido.

## COVID-19 Testing

¿Te hicieron la prueba de la PCR para saber si tenias COVID-19? (No preguntamos acerca de las pruebas de anticuerpos, que se tratan en otro apartado de la encuesta) \*

- Si, me han hecho la prueba al menos una vez.
- No, intenté que me hicieran la prueba pero no pude.
- No, no me han hecho la prueba.

¿Cuántas veces te han hecho la prueba de la PCR? \*

- 1
- 2
- 3
- Otro

¿En qué fecha te hicieron la PCR por **primera** vez? (si no recuerda la fecha exacta, ingrese una estimación) \*

| | |

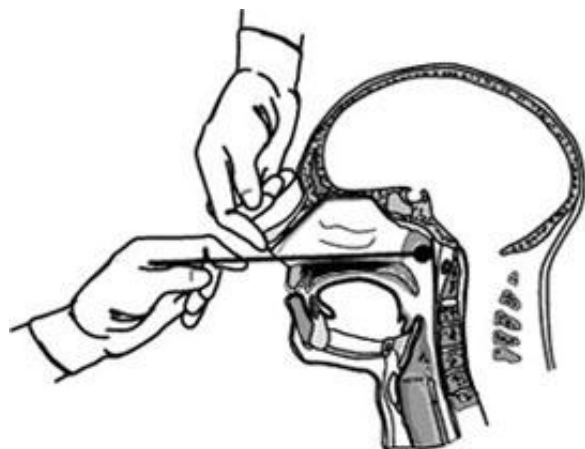
	Mes	Día	Año
Por favor selecciona:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

¿Es esta una fecha estimada?

Es una fecha estimada

¿Cuál fue el tipo de su **primera** PCR?

- Nasal (secreciones nasales de los orificios nasales, sin alcanzar el fondo de la nariz y la garganta)
- Nasofaríngea (secreciones nasales del fondo de los orificios nasales, recogiendo la muestra a la cavidad detrás de la nariz y la garganta)



- Garganta
- Otra

¿Cuál fue el resultado de tu prueba? \*

- Positivo
- Negativo



Inconcluso/Esperando los resultados

¿En qué fecha te hicieron la PCR por **segunda** vez? (si no recuerda la fecha exacta, ingrese una estimación) \*

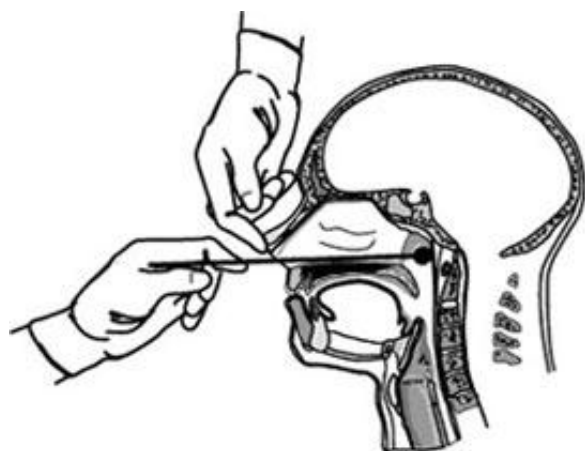
	Mes	Día	Año
Por favor selecciona:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

¿Es esta una fecha estimada?

Es una fecha estimada

¿Cuál fue el tipo de su **segunda** PCR?

- Nasal (secreciones nasales de los orificios nasales, sin alcanzar el fondo de la nariz y la garganta)
- Nasofaríngea (secreciones nasales del fondo de los orificios nasales, recogiendo la muestra a la cavidad detrás de la nariz y la garganta)



Garganta

Otra

¿Cuál fue el resultado de tu prueba? \*

- Positivo
- Negativo
- Inconcluso/Esperando los resultados

¿En qué fecha te hicieron la PCR por **tercera** vez? (si no recuerda la fecha exacta, ingrese una estimación) \*

	Mes	Día	Año
Por favor selecciona:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

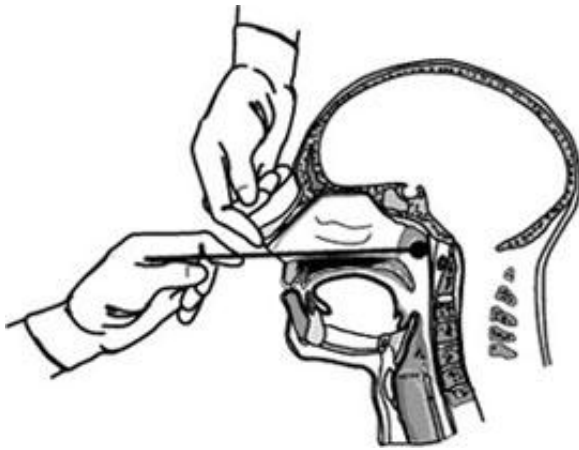
¿Es esta una fecha estimada?

- Es una fecha estimada

¿Cuál fue el tipo de su **tercera** PCR?

- Nasal (secreciones nasales de los orificios nasales, sin alcanzar el fondo de la nariz y la garganta)

- Nasofaríngea (secreciones nasales del fondo de los orificios nasales, recogiendo la muestra a la cavidad detrás de la nariz y la garganta)



- Garganta  
 Otra

¿Cuál fue el resultado de tu prueba? \*

- Positivo  
 Negativo  
 Inconcluso/Esperando los resultados

Si te hicieron cualquier otra prueba, por favor escríbela aquí. Por favor pon cada prueba en una nueva línea con el tipo que era, la fecha y el resultado de la misma, separado por una coma. Por ejemplo:  
Nasofaríngea, 4-1-20, positiva. Si no te acuerdas de la fecha exacta, por favor pon la fecha lo más cercana posible a la misma.



## Antibody Testing

¿Te han hecho una prueba de anticuerpos? \*

- Si, me han hecho al menos una prueba de anticuerpos.
- No me han hecho una prueba de anticuerpos.

¿Cuántas veces te han hecho la prueba de anticuerpos? \*

¿Cuál fue el resultado de la prueba de anticuerpos? \*

- Dio positiva para ambos anticuerpos (IgG e IgM)
- Sólo di positivo para los anticuerpos IgM
- Sólo di positivo para los anticuerpos IgG
- No se el tipo de anticuerpos, pero di positivo
- Di negativo para ambos anticuerpos

Si diste positivo y tu prueba incluía los títulos ¿qué valor diste para

IgM?

Si diste positivo y tu prueba incluía los títulos ¿qué valor diste para IgG?

¿Qué prueba fue? \*

- Muestra de sangre (extracción sanguínea)
- Muestra de sangre (punción en el dedo)

Pon la fecha de la prueba de anticuerpos (si no la recuerdas, entra una fecha estimada) \*

	Mes	Día	Año
Por favor selecciona:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

¿Es esta una fecha estimada?

Es una fecha estimada

De qué fabricante fue el test? (Por favor sólo seleccione un fabricante

si está seguro. Si no está seguro, seleccione "No lo sé") \*

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott     | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche      | <input type="radio"/> DiaSorin                          |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai  | <input type="radio"/> Otro / No lo sé                   |
| <input type="radio"/> EuroImmuno |   |

¿Te han hecho alguna otra prueba de anticuerpos? \*

- Sí
- No

¿Cuál fue el resultado de la prueba de anticuerpos? \*

- Dio positiva para ambos anticuerpos (IgG e IgM)
- Sólo dio positiva para los anticuerpos IgM
- Sólo dio positiva para los anticuerpos IgG
- No sé el tipo de anticuerpos, pero dio positiva
- Dio negativa para ambos anticuerpos

Si diste positivo y tu prueba incluía los títulos ¿qué valor diste (in mg/dL) para IgM? \*

Si diste positivo y tu prueba incluía los títulos ¿qué valor diste (in mg/dL) para IgG? \*



¿Qué prueba fue? \*

- Muestra de sangre (extracción sanguínea)
- Muestra de sangre (punción en el dedo)

Pon la fecha de la prueba de anticuerpos (si no la recuerdas, entra una fecha estimada) \*

	Mes	Día	Año
Por favor selecciona:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

¿Es esta una fecha estimada?

Es una fecha estimada

De qué fabricante fue el test? (Por favor sólo seleccione un fabricante si está seguro. Si no está seguro, seleccione "No lo sé") \*

- Abbott
- Roche
- Mt. Sinai
- EuroImmune
- Ortho-Clinical Diagnostics Vitros
- DiaSorin
- Otro / No lo sé

¿Te han hecho alguna otra prueba de anticuerpos? \*

- Sí
- No

¿Cuál fue el resultado de la prueba de anticuerpos? \*

- Dio positiva para ambos anticuerpos (IgG e IgM)
- Sólo dio positiva para los anticuerpos IgM
- Sólo dio positiva para los anticuerpos IgG
- No sé el tipo de anticuerpos, pero dio positiva
- Dio negativa para ambos anticuerpos

Si diste positivo y tu prueba incluía los títulos ¿qué valor diste para IgM? \*

Si diste positivo y tu prueba incluía los títulos ¿qué valor diste para IgG? \*

¿Qué prueba fue? \*

- Muestra de sangre (extracción sanguínea)
- Muestra de sangre (punción en el dedo)



Pon la fecha de la prueba de anticuerpos (si no la recuerdas, entra una fecha estimada) \*

	Mes	Día	Año
Por favor selecciona:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2020

¿Es esta una fecha estimada?

Es una fecha estimada

De qué fabricante fue el test? (Por favor sólo seleccione un fabricante si está seguro. Si no está seguro, seleccione "No lo sé") \*

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Abbott     | <input type="radio"/> Ortho-Clinical Diagnostics Vitros |
| <input type="radio"/> Roche      | <input type="radio"/> DiaSorin                          |
| <input type="radio"/> Mt. Sinai  | <input type="radio"/> Otro / No lo sé                   |
| <input type="radio"/> EuroImmuno |   |

## Symptoms

### Síntomas de Memoria

Has tenido algún **SÍNTOMA RELACIONADO CON LA MEMORIA** desde que te enfermaste con COVID-19? \*

- Sí
- No

Cuál de los siguientes síntomas relacionados a la memoria has tenido desde que te enfermaste con COVID-19? \*

- Pérdida de memoria de corto plazo (memoria que dura ~30 segundos, por ejemplo recordar un número de teléfono antes de anotarlo, u olvidar que estás en medio de una tarea)
- Pérdida de memoria de largo plazo (la memoria de largo plazo va desde olvidar lo que hiciste ayer, olvidar que realizaste una tarea, olvidar información que recibiste recientemente, u olvidar tus recuerdos de tercer año de escuela)
- No ser capaz de generar nuevos recuerdos
- Olvidar cómo realizar tareas rutinarias (atarse los zapatos, lavarse las manos)
- Ninguno de los anteriores
- Otro

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marcar los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si aplica)**. Incluso si sólo has experimentado estos síntomas durante parte de una semana o mes, por favor selecciónalo.

	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Síntomas de Memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Cognitive Function/Brain Fog Symptoms

¿Has tenido problemas de NEBLINA MENTAL (incapacidad de concentrarse o pensar con claridad, planear, procesar, comprender y mantener una línea de pensamiento coherente, con pensamientos anormalmente lentos o rápidos) desde el inicio de tu COVID-19? \*

- Sí  
 No

¿Cuál de los siguientes signos de niebla cerebral/síntomas del funcionamiento cognitivo has tenido desde el inicio de tu COVID-19? \*

- Dificultades con la función ejecutiva (planear, organizar, establecer una secuencia de acciones en orden, pensamiento abstracto)
- Agnosia (no reconocer o identificar objetos a pesar de mantener las capacidades sensoriales intactas)
- Dificultad para la resolución de problemas o la toma de decisiones
- Dificultad para pensar
- Pensamientos demasiado rápidos
- Pensamiento lento
- Mala atención o mala concentración
- NO tuve ningún síntoma de niebla cerebral
- Otros

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses** (si corresponde). Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Síntomas de funcionamiento cognitivo / niebla mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Changes to Daily/Functional Abilities due to memory loss or brain fog

¿Se ha sentido significativamente limitado o incapaz de hacer algo de lo siguiente debido a la **PÉRDIDA DE MEMORIA O CONFUSIÓN MENTAL**(incluidos problemas de atención, funcionamiento cognitivo y conciencia) específicamente specifically? \*

	Incapacidad severa	Incapacidad moderada	Incapacidad ligera	C
Conducción de automóviles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Atención de niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cocinar o manipular objetos calientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alimentarse a sí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bañarse o ducharse con regularidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Incapacidad severa	Incapacidad moderada	Incapacidad ligera	C
Tomar decisiones importantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Abandonar el hogar y regresar sin perderse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

- Recordar el mes o año correctamente
- Tener conversaciones con otras personas
- Mantener su horario de medicamentos (olvidar tomar un medicamento u olvidar que ya se tomó)

Incapacidad severa      Incapacidad moderada      Incapacidad ligera      C

- Trabajar
- Seguir instrucciones sencillas
- Comunicar sus pensamientos y necesidades

Otros

Incapacidad severa      Incapacidad moderada      Incapacidad ligera      C

Opcional: si tiene otras áreas de su vida que se vieron afectadas por la pérdida de memoria o la confusión mental, inclúyalas aquí. Por favor anote si fueron leves, moderadas o severamente limitantes

Opcional: utilice este espacio para describir ejemplos de su confusión mental, pérdida de memoria y pérdida de capacidad de atención. No

incluya ninguna información de identificación (como nombres o ubicación).

## Emotional/Behavioral Changes

### Cambios emocionales y de comportamiento

En comparación con cómo se sentía antes de COVID, ¿ha experimentado un aumento en alguno de los siguientes síntomas? \*

- Dificultad para controlar sus emociones
- Falta de inhibición (dificultad para controlar su comportamiento)
- Irritabilidad
- Ira
- Impulsividad (actuación por capricho sin auto control)
- Agresividad
- Euforia (sensación o estado de intensa excitación o felicidad)
- Delirios
- Depresión
- Apatía (falta de emociones, sentimientos, interés o preocupación)
- Pensamientos suicidas
- Cambios bruscos de humor
- Ansiedad

- Manía (estado de ánimo anormalmente excitado o elevado, reducción en la necesidad de sueño, acompañada ocasionalmente de delirio)
- Hipomanía (forma suave de manía)
- Melancolía o llanto no justificado
- Sensación de desastre
- Ninguna de las anteriores
- Otras

Opcional: utilice este espacio para describir ejemplos de sus cambios emocionales durante su enfermedad. No incluya ninguna información de identificación (nombres, ubicación, etc.).

Opcional: Si tuvo alguna de estas experiencias emocionales antes de COVID, describa en qué se diferenciaron después de COVID. No incluya ninguna información de identificación (nombres, ubicación, etc.).

## Speech and Other Language Issues

## Problemas de habla y lenguaje

¿Ha tenido algún problema con el **HABLA Y EL LENGUAJE** desde el comienzo de su enfermedad COVID-19? \*

- Sí
- No

Cuál de los siguientes síntomas de discurso y lenguaje has experimentado desde el inicio de la enfermedad de COVID-19? \*

- Dificultad para encontrar las palabras correctas mientras habla/escribe
- Dificultad para comunicarse verbalmente
- Dificultad para estructurar enunciados completos
- Hablar palabras irreconocibles/inexistentes
- Dificultad para comunicarse por escrito
- Dificultad para procesar/entender lo que otros dicen
- Dificultad para procesar/leer textos escritos
- (En caso de que aplique) Cambios en tus habilidades lingüísticas en tu segundo o tercer lenguaje
- Ninguna de las anteriores
- Otros

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante



parte de una semana o un mes, selecciónelo.

	<b>Semana</b> <b>1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes</b> <b>2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7
Problemas lingüísticos y de discurso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eres políglota? (Hablas varios idiomas?) \*

- Sí
- No Aplica

Opcional: Por favor utiliza este espacio para describir ejemplos de tus problemas lingüísticos, incluyendo discurso, escritura, lectura y escucha de palabras. Por favor incluye cualquier cambio a tu discurso/lenguaje que no se mencione previamente. Por ejemplo, si hablas varios idiomas y has notado diferentes problemas en tu idioma principal y no principal.

**Headaches**

**Jaquecas**

Has experimentado nuevos **DOLORES DE CABEZA O PROBLEMAS RELACIONADOS** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? \*

- Sí
- No

Cuáles de los siguientes síntomas has experimentado desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19?? \*

- Dolores de cabeza, en la base del cráneo.
- Dolores de cabeza, en las sienes
- Dolores de cabeza detrás de los ojos
- Dolores de cabeza difusos (todo el cerebro)
- Dolores de cabeza / dolor después de un esfuerzo mental
- Dolores de cabeza, otros
- Sensación de calor cerebral / "en llamas"
- Sensación de presión cerebral
- Migrañas
- Rigidez de nuca/cuello
- Ninguna de las anteriores

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

**Semana**    Semana    Semana    Semana    **Mes**    Mes    Mes    Mes    Mes    M

**1**            2            3            4            **2**        3        4        5        6        :

Dolores de  
cabeza y  
síntomas  
relacionados

## Sense of Smell and Taste

### Sentido del olfato y el gusto

¿Has experimentado algún cambio en tu **SENTIDO DEL OLOR O DEL SABOR** desde el comienzo de tu enfermedad de COVID-19?\*

- Sí  
 No

Cuáles de los siguientes síntomas has experimentado desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? \*

- Pérdida de Olfato  
 Olores fantasmas (imaginar / alucinar olores, oler cosas que no existen)  
 Mayor sentido del olfato  
 Sentido del olfato alterado  
 Pérdida de Gusto  
 Sabores fantasmas (imaginar / alucinar gustos, saborear cosas cuando no hay nada en tu boca)  
 Mayor sentido del gusto  
 Sentido del gusto alterado  
 Ninguna de las anteriores

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7
Cambios en el sentido del olfato y el gusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tuviste sabores fantasmas, por favor descríbelos:

Si tuviste olores fantasmas, por favor descríbelos:

**Tremors and Vibrating Sensations**

**Temblores y sensaciones vibratorias**

¿Has experimentado **SENSACIONES DE TEMBLOR O VIBRACIÓN** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? \*

**Temblor:** contracción muscular rítmica e involuntaria que provoca movimientos de temblor en una o más partes del cuerpo

**Sensación de vibración:** una sensación de zumbido, sientes como si tus músculos, dedos o piernas vibran o tiemblan por dentro, pero no ves el movimiento

- Sí
- No

¿Cuáles de los siguientes síntomas has experimentado desde el comienzo de tu enfermedad de COVID-19? \*

Por favor especifica la ubicación de tu cuerpo en el cuadro de texto. Si son múltiples ubicaciones, por favor sepáralas con una coma.

Temblores

Sensaciones vibratorias

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

	No Aplica	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensaciones Vibratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor utiliza este espacio para describir

## Sleeping issues

### Problemas para dormir

¿Has experimentado algún **PROBLEMA DE SUEÑO** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? \*

- Sí  
 No Aplica

¿Cuáles de los siguientes problemas para dormir has experimentado

desde el comienzo de tu enfermedad de COVID-19? \*

- Sueños lúcidos (sueños en los que eres consciente de que estás soñando o tienes cierto control sobre lo que sueñas)
- Sueños vívidos
- Pesadillas
- Insomnio
- Sudoración nocturna
- Restless leg syndrome
- Despertar sintiendo que no puedes respirar
- Apnea del sueño
- Otros

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

	No Aplica	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos los otros síntomas de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tienes o has tenido insomnio, ¿cuál de las siguientes opciones describe mejor el tipo de insomnio presentado? \*

- Dificultad para conciliar el sueño
- Despertar muy temprano por la mañana
- Despertar muchas veces durante la noche
- Ninguna de las anteriores

Qué te está ocasionando insomnio? \*

- Dolor
- Sensibilidad al ruido/luces de afuera
- Otras molestias físicas
- Ansiedad/depresión/ pensamientos acelerados
- Dificultad para respirar
- Sensación de adrenalina/energía
- Sensación como si el virus me mantuviera despierto
- Otros

## Hallucinations

## Alucinaciones

Has experimentado cualquier tipo de **Alucinación** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19?

Sí



No

Cuáles de las siguientes alucinaciones has experimentado desde el comienzo de tu enfermedad de COVID-19? \*

- Alucinaciones Visuales
- Alucinaciones Auditivas
- Alucinaciones Táctiles
- Otras Alucinaciones

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	↑
Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Weakness, numbness, tingling, coldness, and other sensations**

**Debilidad, entumecimiento, hormigueo, frialdad y otras sensaciones**

¿Cuáles de los siguientes **SÍNTOMAS DE SENSACIÓN**

## NEUROLÓGICA has experimentado desde el comienzo de tu enfermedad de COVID-19? \*

Por favor especifica la ubicación de tu cuerpo en el cuadro de texto. Si son en múltiples ubicaciones, por favor sepáralas con una coma.

- Sensaciones cutáneas: ardor, hormigueo o picazón sin sarpullido
- Entumecimiento / pérdida de sensibilidad
- Entumecimiento / debilidad en un solo lado del cuerpo
- Frialdad
- Sensación de hormigueo / picazón / alfileres y agujas
- Sensación de descarga eléctrica / toques eléctricos
- Parálisis facial (indica en qué parte de la cara se presentó la parálisis)
- Sensación de presión / entumecimiento facial, lado izquierdo
- Sensación de presión / entumecimiento facial, lado derecho
- Sensación de presión / entumecimiento facial, otros:
- Debilidad
- Ninguna de las anteriores

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses** (si **corresponde**). Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

	No Aplica	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Todas las sensaciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Temperature Issues

### Problemas de Temperatura Corporal

Has experimentado cualquier problema de regulación de **TEMPERATURA** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? \*

- Sí
- No

¿Has experimentado alguno de los siguientes **PROBLEMAS DE TEMPERATURA** desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? \*

- Labilidad de la temperatura (cambios rápidos dentro y fuera de la fiebre o temperatura elevada)
- Intolerancia al calor

Otros problemas de temperatura (no mencionados previamente)

En caso de que hayas experimentado cualquiera de los siguientes problemas de temperatura, cuándo los has sentido? \*

Please mark symptoms for the first 4 weeks, then months (if you haven't yet reached a week/month, please leave it blank). Even if you have only experienced these symptoms for part of a week or month, please select it.

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Temperatura elevada (98,8-100,4 grados Fahrenheit, 37,1-37,9 grados Celsius)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre (100,4 grados Fahrenheit / 38 grados Celsius o más)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos / sofocos / sudores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos los demás problemas de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si has tenido temperatura baja, cuál ha sido la medición más baja de temperatura? Por favor inserta solo el número

Si has tenido temperatura alta, cuál ha sido la medición más alta de temperatura? Por favor inserta solo el número

## Cardiovascular Symptoms

### Síntomas Cardiovasculares

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

	No Aplica	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Taquicardia (frecuencia cardíaca alta, > 90 latidos por minuto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bradicardia  
(frecuencia  
cardíaca baja,  
<60 latidos por  
minuto)

Palpitaciones del  
corazón  
(sensación o  
conciencia de los  
latidos de tu  
corazón. Sentir  
que tu corazón  
está acelerado,  
golpeando o  
saltando/evitando  
latidos)

Presión arterial  
anormalmente  
alta

Presión arterial  
anormalmente  
baja

Venas  
visiblemente  
inflamadas /  
abultadas

Desmayos

Coágulos de  
sangre  
(trombosis)

Si tuviste taquicardia y pudiste medirla, cuál fue la medición más alta de latidos por minuto, **en reposo**?

Si tuviste taquicardia, **durante la actividad física y pudiste medirla**, cuál

fue la medición más alta de latidos por minuto?

Si tuviste taquicardia y pudiste medirla, tus latidos por minutos eran mayores cuando estabas parado a cuando estabas sentado?

- Sí, era más alta cuando estaba parado (a)
- No, era más alta cuando estaba sentado (a)
- Era más o menos lo mismo estando de pie o sentado

Si tuviste taquicardia y pudiste medirla, ¿Generalmente cuánto cambió tu frecuencia cardíaca de estar acostado a estando de pie, la última vez que lo mediste? (En latidos por minuto)

## All Other Symptoms - Timecourse

Esta sección tiene varios grupos de preguntas sobre síntomas/problemas organizados por área del cuerpo (problemas genéricos, problemas gastrointestinales, síntomas respiratorios y de los senos nasales, síntomas del oído/audición, síntomas oculares, síntomas reproductivos y urinarios, síntomas de la piel y alergias, y músculos y articulaciones).

¿Experimentó estos síntomas y cuándo los experimentó? \*

Marque los síntomas durante **las primeras 4 semanas,** luego **los meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo. **Si no experimentó ninguno de los síntomas en un conjunto, seleccione la casilla de verificación (Ninguno de los siguientes problemas se aplica a mí) que se encuentra sobre el conjunto agrupado.**

## Síntomas Genéricos

Ninguno de los siguientes síntomas genéricos, me aplican

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas,** luego **meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

	No Aplica	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Mareos / vértigo / inestabilidad o problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuralgia (dolor de nervios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones (confirmadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones (sospecha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Episodios de dificultad para respirar / falta de aire cuando la saturación de oxígeno es normal

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Niveles bajos de oxígeno (<94%)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nueva / inesperada reacción de anafilaxia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Confusión / desorientación aguda (repentina)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Arrastrar palabras al hablar

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nivel alto de azúcar en sangre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nivel bajo de azúcar en sangre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## Problemas gastrointestinales

Ninguno de los siguientes síntomas gastrointestinales, me aplica

## Problemas gastrointestinales

	No Aplica	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardor de esófago inferior / reflujo gastroesofágico / reflujo ácido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Síntomas respiratorios y sinusales

Ninguno de los siguientes síntomas respiratorios y sinusales, me aplican

## Síntomas respiratorios y sinusales

	No Aplica	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>
Tos seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos con producción de moco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opresión del pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estornudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor / ardor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rattling of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Síntomas de oídos y audición

Ninguno de los síntomas de oído y audición, me aplican

## Síntomas de oídos y audición

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (Zumbido en los oídos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas de oídos y audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Síntomas de ojos y visión

Ninguno de los síntomas de ojos y visión aplican para mi

## Síntomas de ojos y visión

	No Aplica	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Me 6
Síntomas de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síntomas de ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Síntomas de los Sistemas Reproductivo y Urinario

Ninguno de los síntomas de los sistemas reproductivo y urinario, me aplican

## Síntomas de los Sistemas Reproductivo y Urinario

	No Aplica	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5	I
Todos los problemas menstruales / periodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Control de Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Síntomas cutáneos y alérgicos

Ninguno de los síntomas cutáneos y alérgicos que se describen debajo, me aplican

## Síntomas cutáneos y alérgicos

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2
Descamación de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petequias (pequeñas manchas moradas, rojas o marrones en la piel, generalmente en brazos, piernas, estómago, glúteos y ocasionalmente en el interior de la boca o en los párpados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dedos COVID (decoloración, hinchazón, dolor o ampollas en los dedos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatografía (escribir en la piel provoca líneas rojas donde se rascó)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuevas alergias (alimentaria, química, medioambiental, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupciones en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Problemas musculares y articulares

Ninguno de los síntomas musculares y articulares que se describen debajo, me aplican

## Problemas musculares y articulares

	No Aplica	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Espasmos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Dolores articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[
Dolor o ardor de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[

## All Other Symptoms - Checkbox

### Otros Síntomas

¿Has experimentado alguno de los siguientes síntomas desde el inicio de tu enfermedad de COVID-19? \*

(Por favor selecciona todas las opciones que apliquen.)

- Incapacidad para llorar
- Incapacidad para bostezar
- Bulto en la garganta / dificultad para tragar
- Cambios en la voz
- Toser Sangre
- Sentirte como si no fueras real / como si te estuvieras observando desde fuera de tu cuerpo (despersonalización)
- Sentir que el mundo no es real (desrealización)
- Sed extrema
- Ninguna de las anteriores

### Oído y audición

- Dolor de oídos
- Cambios en el canal auditivo (como presión, bloqueo, ardor, hinchazón)

- Entumecimiento / pérdida de sensibilidad
- Sensibilidad al ruido
- Otros síntomas de oído y audición
- Ninguna de las anteriores

## Ojos y Visión

- Síntomas de visión - Visión Borrosa
- Síntomas de visión - Doble visión
- Síntomas de visión - Sensibilidad a la luz
- Síntomas de visión - Visión de Tunel
- Síntomas de visión - Pérdida total de la visión
- Presión o dolor ocular
- Conjuntivitis
- Ojos inyectados en sangre
- Ojos resecos
- Enrojecimiento en el exterior de los ojos
- Floaters
- Ver cosas en tu visión periférica
- Otros problemas oculares:
- Ninguna de las anteriores

## Sistemas Urinario y Reproductivo

- Menopausia Temprana
- Sangrado / manchado posmenopáusico
- Periodos anormalmente abundantes / con coagulación
- Periodos menstruales irregulares anormales

- Otros problemas menstruales
- Disminución del tamaño de los testículos / pene
- Dolor testicular
- Otros problemas de semen / pene / testículos
- Disfunción sexual (dificultad para mantener la erección, sequedad vaginal, dificultad para llegar al orgasmo)
- Problemas urinarios, otros
- Ninguna de las anteriores

## Gastrointestinal

- Sentirse llena rápidamente al comer
- Dolor abdominal
- Sensaciones intestinales hiperactivas
- Ninguna de las anteriores

## Piel y alergias

- Nuevas alergias (alimentaria, química, medioambiental, etc.)
- Mayor reacción a las alergias antiguas.
- Picazón en la piel
- Picazón de ojos
- Picazón, otros
- Uñas quebradizas / descoloridas
- Herpes
- Ninguna de las anteriores



## Symptom Course

¿Qué tan severos son/eran los síntomas a lo largo de **las semanas/meses?** \*

En caso de que hayas experimentado múltiples severidades de los síntomas dentro de un periodo de tiempo, selecciona lo más severo durante ese periodo de tiempo.

	Sin síntomas	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
Semana 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semana 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semana 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semana 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sin síntomas	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
Mes 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes 7+	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sin síntomas	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo

¿Cuáles de estas ideas describe adecuadamente tu experiencia con las

recaídas y el curso de tus síntomas en general? Por favor selecciona todas las respuestas válidas: \*

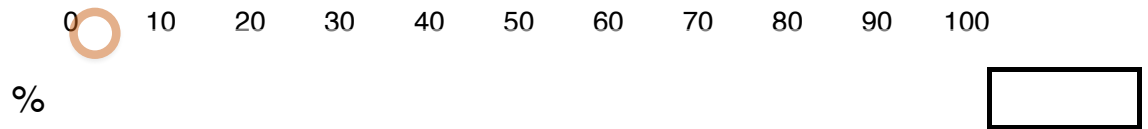
- No tengo recaídas / todavía no he experimentado recaídas.
- Mis recaídas ocurren en un patrón regular (mensual, diario o semanal).
- Mis recaídas ocurren en un patrón irregular (al azar).
- Mis recaídas ocurren en respuesta a un desencadenante (estrés, alcohol, ejercicio / esfuerzo, etc.).
- Mis recaídas son cada vez más breves / fáciles con el tiempo.
- Mis recaídas se hacen más largas / más difíciles con el tiempo.
- La gravedad de mis recaídas se ha mantenido más o menos igual a lo largo del tiempo.
- En general, mis síntomas han mejorado lentamente con el tiempo.
- En general, mis síntomas se han mantenido más o menos iguales a lo largo del tiempo.
- En general, mis síntomas han empeorado lentamente con el tiempo.
- Empeoré rápidamente.
- Mejoré rápidamente.
- Otros

¿Cuáles de las siguientes opciones desencadenan una recaída o un empeoramiento de los síntomas? Por favor selecciona todas las respuestas válidas: \*

- Estrés
- Alcohol
- Cafeína
- Calor
- Periodo menstrual
- Semana previa al periodo menstrual

- Ejercicio
- Actividad física
- Actividad mental
- Otros

¿Cómo calificaría cómo te sientes hoy, en una escala del 0 al 100% (siendo el 100% tu línea de base anterior al COVID)?



### Symptom Severity

Enumera mínimo tres síntomas que han sido más debilitantes durante tu recuperación. En una escala de 0-10, qué tan severos han sido? (0 es completamente bien y 10 es completamente debilitante).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Síntoma 1 *	<input type="radio"/>										
<input style="width: 250px; height: 30px;" type="text"/>											<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Síntoma 2 *	<input type="radio"/>										
<input style="width: 250px; height: 30px;" type="text"/>											<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Síntoma 3 *	<input type="radio"/>										
											<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

Síntoma 4

Síntoma 5

## Post-Exertional Malaise (effects of physical and mental activity on symptoms)

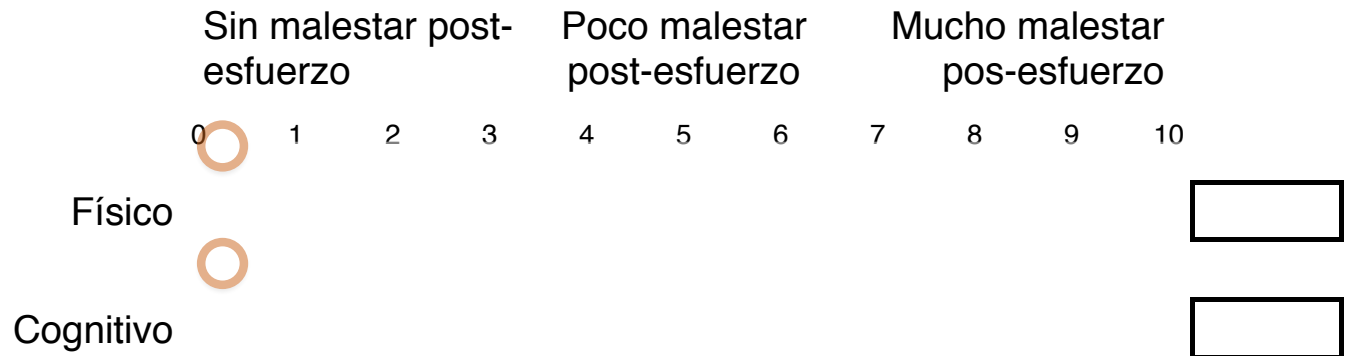
### Malestar post-esfuerzo

*Empeoramiento o recaída de los síntomas después de la actividad física y / o mental.*

Durante tu recuperación de COVID-19, has experimentado algún empeoramiento o recaída de sus síntomas después de realizar actividad física o mental? \*

- Sí
- No

¿En promedio, con qué intensidad has experimentado un empeoramiento / recaída de tus síntomas? Mantén el control deslizante en 0 si no has experimentado esto. \*



En caso de que hayas experimentado emperoramiento o recaídas después de **la actividad física**, cuándo las has sentido? \*

- Inmediatamente
- El mismo día, después de unas horas
- Al día siguiente
- Un par de días después
- Varia
- No experimento un empeoramiento / recaída de los síntomas después de la actividad física.

En caso de que hayas experimentado emperoramiento o recaídas después de **la actividad mental**, cuándo las has sentido? \*

- Inmediatamente
- El mismo día, después de unas horas
- Al día siguiente
- Un par de días después
- Varia
- No experimento un empeoramiento / recaída de los síntomas después de la actividad mental.

¿Cuánto tiempo suele durar el empeoramiento / recaída de los síntomas después de la actividad física o mental?

- Pocas horas
- Pocos días
- Pocas semanas
- Otros

(Opcional) Explica cualquier otra cosa que te gustaría compartir sobre tu experiencia con el malestar post-esfuerzo. Por ejemplo, puedes enumerar el tipo de actividades que empeoran más tus síntomas (caminar, ejercicio extenuante, leer, ver películas, etc.).

¿Cuándo experimentaste estos síntomas? \*

Por favor marca los síntomas de las primeras **4 semanas**, luego **meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

**Semana**    Semana    Semana    Semana    **Mes**    Mes    Mes    Mes    Mes  
**1**            2            3            4            **2**        3        4        5        6        7

Empeoramiento  
/ recaída de  
síntomas por  
esfuerzo físico  
y mental

## Fatigue Assessment Scale

### Fatiga

Las siguientes diez declaraciones se refieren a cómo te sientes en esta etapa de tu recuperación de COVID-19. **Por favor da una respuesta a cada pregunta aun cuando no tengas ninguna queja / postura hasta el momento.** \*

	Nunca	A veces	Regularmente	A menudo	Siempre
Me molesta la fatiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me canso muy rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No hago mucho durante el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo suficiente energía para la vida diaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Físicamente me siento agotado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	A veces	Regularmente	A menudo	Siempre
Tengo problemas para comenzar las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo problemas para pensar con claridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No siento ganas de hacer nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mentalmente me siento agotado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando estoy haciendo algo, puedo concentrarme bastante bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En comparación con cómo te sentías antes de contraer COVID-19, ¿cómo describirías tu nivel de fatiga **durante** la recuperación del COVID-19? \*

- Significativamente más que antes de COVID-19
- Moderadamente más que antes de COVID-19
- Un poco más que antes de COVID-19
- Igual que antes de COVID-19
- Menos que antes de COVID-19

¿Cuánto descanso DIARIO puedes / pudiste obtener en promedio, DURANTE tu recuperación de COVID-19? (Descanso significa tiempo para recuperarse / relajarse sin trabajo, cuidado de niños u otras obligaciones). **Por favor no incluyas tus horas de sueño diario ni tus siestas.** \*

- Menos de 2 horas por día
- 2 a 4 horas
- 4 a 6 horas
- 6 a 8 horas
- más de 8 horas por día

Si experimentó fatiga, ¿cuándo la sintió? \*



Marque los síntomas durante t **las primeras 4 semanas**, luego **los meses (si corresponde)**. Incluso si solo ha experimentado estos síntomas durante parte de una semana o un mes, selecciónelo.

	No Aplica	<b>Semana 1</b>	Semana 2	Semana 3	Semana 4	<b>Mes 2</b>	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Changes in Sensitivity to Medication or Other Substances

### Cambios en la sensibilidad a medicamentos u otras sustancias

¿Has experimentado problemas con los cambios en la sensibilidad a los medicamentos u otras sustancias? \*

- Sí
- No

¿Qué medicamento (s) o sustancia (s)? Si son varios, sepáralos con una coma.

Si es un medicamento, ¿para qué es?

Por favor describe los cambios que notaste:

## General Functioning

En general, dirías que tu salud ANTES de la enfermedad de COVID-19 era: \*

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Pobre/Mala

En general, dirías que tu salud ACTUAL es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Pobre/Mala

¿Tu salud limita actualmente tu capacidad para subir varios tramos de escaleras? \*

- Sí, bastante
- Sí, un poco
- No, para nada

¿Tu salud limita actualmente tu capacidad para caminar una cuadra? \*

- Sí, bastante
- Sí, un poco
- No, para nada

¿Tu salud limita actualmente tu capacidad para bañarte o vestirte? \*

- Sí, bastante
- Sí, un poco
- No, para nada

Durante las últimas 4 semanas, ¿has tenido alguno de los siguientes problemas en tu trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de tu **salud física**? (marca todas las que correspondan) \*

- He logrado menos de lo que le gustaría
- Estuve limitados en el tipo de trabajo u otras actividades.
- No estuve limitado

Durante las últimas 4 semanas, ¿has tenido alguno de los siguientes

problemas en tu trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de tu **salud emocional**? (marca todas las que correspondan) \*

- He logrado menos de lo que le gustaría
- Estuve limitados en el tipo de trabajo u otras actividades.
- No estuve limitado

## Mental Health

### Síntomas de salud mental.

*Puede optar por no responder a ninguna de las preguntas.*

**Si tienes pensamientos suicidas, estas líneas de ayuda gratuitas están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana para ofrecer apoyo:**

**US:** EE. UU: 1-800-273-8255 (Línea de texto de crisis: texto HABLE con 741741)

**Reino Unido:** 116123 / **Países Bajos:** 0800 0113

**Canadá:** 833-456-4566

**Busca en:** [https://www.iasp.info/resources/Crisis\\_Centres](https://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres) líneas de crisis adicionales para tu país.

¿Has sido diagnosticado (antes de la enfermedad de COVID-19) con alguna condición de salud mental? (por ejemplo: depresión, ansiedad, pánico, psicosis, etc)

- Sí
- No

¿Crees que tienes o has tenido una condición de salud mental que no ha sido diagnosticada?

- Sí  
 No

Si respondiste afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿cuál de los siguientes has experimentado? (marca todos los que apliquen)

- Depresión  
 Trastorno bipolar  
 Trastorno de ansiedad  
 Trastorno por consumo de sustancias  
 Desorden alimenticio  
 Desorden de personalidad  
 Desorden psicótico  
 Delirio  
 Trastorno de estrés postraumático  
  Otros

Para cada condición que te aplique, por favor especificar:

	No aplica	Sin cambios durante COVID-19	Inicio durante COVID-19	Empeoramiento significativo durante COVID-19	Empeoramiento moderado durante COVID-19
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno de ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Trastorno por consumo de sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorden alimenticio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorden de personalidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorden psicótico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trastorno de estrés postraumático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros					
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Opcional) Describe cómo estas condiciones mentales se sintieron o afectaron durante tu enfermedad de COVID-19

## Depressive Symptoms

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sentirse decaído,  
deprimido o sin  
esperanza

Problemas para  
conciliar el sueño /  
permanecer dormido o  
dormir demasiado

Sentirse cansado o  
tener poca energía.

De ningún modo

Varios días

Más de la mitad  
de los díasCasi todos los  
días

Sentirse mal consigo  
mismo o que es un  
fracaso o que se ha  
decepcionado a sí  
mismo y a su familia

Moverse o hablar tan  
lentamente que otras  
personas podrían  
haberlo notado. O al  
contrario; estar tan  
inquieto que se ha  
estado moviendo mucho  
más de lo habitual.

Pensamientos de que  
sería mejor estar muerto  
o lastimarse de alguna  
manera.

De ningún modo

Varios días

Más de la mitad  
de los díasCasi todos los  
días

Si marcaste alguno de los problemas anteriores, ¿qué tan difícil te han hecho estos problemas el trabajo, ocuparte de las cosas en casa o llevarte bien con otras personas?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

(Opcional) Si lo deseas, por favor comparte más acerca de tu experiencia.

## Anxiety Symptoms

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o al borde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder detener o controlar la preocupación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocuparse demasiado por cosas diferentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfadarse o irritarse fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



De ningún modo

Varios días

Más de la mitad  
de los díasCasi todos los  
días

Si marcaste alguno de los problemas anteriores, ¿qué tan difícil te han hecho estos problemas el trabajo, ocuparte de las cosas en casa o llevarte bien con otras personas?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

(Opcional) Si lo deseas, por favor comparte más acerca de tu experiencia.

## Suicidal Thoughts

**Si tienes pensamientos suicidas, estas líneas de ayuda gratuitas están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana para ofrecer apoyo:**

**US:** EE. UU: 1-800-273-8255 (Línea de texto de crisis: texto HABLE con 741741)

**Reino Unido:** 116123 / **Países Bajos:** 0800 0113

**Canadá:** 833-456-4566

**Busca en:** [https://www.iasp.info/resources/Crisis\\_Centres](https://www.iasp.info/resources/Crisis_Centres) líneas de crisis adicionales para tu país.

**En cualquier momento durante la pandemia de COVID-19, alguna vez:**

- Has deseado estar muerto o deseado poder irse a dormir y no despertar
- Tenido pensamientos de suicidarse
- Tenido pensamientos de hacerse daño
- Hiciste cualquier cosa para hacerte daño
- No tuve pensamientos suicidas
- Otros

## Psychiatric Medication

¿Has estado tomando medicamentos psiquiátricos recetados durante tu recuperación?

- Sí
- No

En algún momento durante la pandemia de COVID-19, ¿hubo cambios en su medicación psiquiátrica?

- Sí, se hizo un ajuste de dosis a mi medicación anterior
- Sí, me recetaron nuevos medicamentos
- No, seguí tomando medicación a la dosis anterior
- No, no he requerido medicación psiquiátrica

Si te recetaron medicamentos NUEVOS, ¿uáles fueron?

- Antidepresivos
- Bupropion
- Benzodiazepinas
- Antipsicóticos
- 
- Fármaco Z

- Melatonina para el insomnio
- Estabilizador de humor
- Estimulantes

Otros

¿Has estado tomando alguno de estos medicamentos? Indica cómo afectaron tu condición. (Responde las que correspondan)

	Mucho mejor	Moderadamente mejor	Ligeramente mejor	Igual	Un poco peor	Moderadamente peor
Antidepresivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepinas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsicóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fármaco Z	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mucho mejor	Moderadamente mejor	Ligeramente mejor	Igual	Un poco peor	Moderadamente peor
Melatonina para el insomnio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabilizador de humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 280px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mucho mejor	Moderadamente mejor	Ligeramente mejor	Igual	Un poco peor	Moderadamente peor

Si requeriste tratamiento psiquiátrico durante tu enfermedad de COVID-19, por favor selecciona las opciones que apliquen:

- Recibí tratamiento de mi médico de cabecera / médico general
- Recibí tratamiento de mi médico de salud mental anterior.
- Recibí tratamiento de un nuevo profesional de salud mental.
- No pude obtener el tratamiento que necesitaba.

Si no pudiste recibir tratamiento psiquiátrico, ¿cuáles de los siguientes factores influyó en la imposibilidad de recibir atención?

- Costo
- Acceso a un dispositivo compatible con telesalud
- El proveedor preferido no acepta mi seguro
- El proveedor preferido no atiende a los pacientes a través de telesalud
- Otros

## Coping

¿Qué actividades de bienestar has realizado / participado para ayudarte a sobrellevar la situación? (marca todo lo que corresponda)

- Grupos / comunidades de apoyo específicos de COVID-19 en línea
- Grupos / comunidades de apoyo en línea no específicos de COVID-19
- Terapia
- Yoga
- Ejercicio Aeróbico

- Meditación
- Ninguna de las anteriores

Si te has unido a una comunidad COVID-19 en línea, ¿cuál es el efecto de tu participación en tu bienestar psicológico?

- Mejoré significativamente mi bienestar psicológico.
- Mejoró moderadamente mi bienestar psicológico.
- No tuvo ningún efecto en mi bienestar psicológico.
- Empeoró moderadamente mi bienestar psicológico
- Empeoró significativamente mi bienestar psicológico

¿Estás de acuerdo con esta afirmación? "Uno o más de mis médicos no me creyeron"

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

(Opcional) Describe cómo participar en comunidades online afecta tu bienestar

## Estar aislado físicamente de los demás:

- Tuvo un fuerte impacto negativo en mi bienestar mental.  
 Tuvo un impacto negativo en mi bienestar mental  
 No tuvo ningún impacto en mi bienestar mental.  
 Tuvo un impacto positivo en mi bienestar mental  
 Tuvo un fuerte impacto positivo en mi bienestar mental.  
 No he estado físicamente aislado de los demás

## (Opcional) Califique las siguientes 28 afirmaciones sobre métodos de afrontamiento

	No he estado haciendo esto en absoluto	Lo he estado haciendo un poco	Lo he estado haciendo una cantidad media	He estado haciendo esto mucho
He estado recurriendo al trabajo u otras actividades para distraerme de la situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que me encuentro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He estado consumiendo alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He estado recibiendo apoyo emocional de otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He dejado de intentar lidiar con eso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

He estado tomando medidas para intentar mejorar la situación.

No he estado haciendo esto en absoluto

Lo he estado haciendo un poco

Lo he estado haciendo una cantidad media

He estado haciendo esto mucho

Me he estado negando a creer que sucedió

He estado diciendo cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables

Recibí ayuda y consejos de otras personas.

He intentado verlo desde otra perspectiva, para que parezca más positivo

Me he estado criticando

He intentado idear una estrategia sobre qué hacer

He recibido consuelo y comprensión de alguien

No he estado haciendo esto en absoluto

Lo he estado haciendo un poco

Lo he estado haciendo una cantidad media

He estado haciendo esto mucho

He estado renunciando al intento de hacer frente

He estado buscando algo bueno en lo que está sucediendo.

He estado haciendo bromas al respecto

He estado haciendo algo para pensar menos en ello, como ir al cine, mirar televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.

He estado aceptando la realidad del hecho de que sucedió

He estado expresando mis sentimientos negativos

He estado tratando de encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.

No he estado haciendo esto en absoluto

Lo he estado haciendo un poco

Lo he estado haciendo una cantidad media

He estado haciendo esto mucho

He estado tratando de obtener consejos o ayuda de otras personas sobre qué hacer

He estado aprendiendo a vivir con eso

He estado pensando mucho sobre qué pasos tomar

Me he estado culpando por las cosas que sucedieron

He estado rezando o meditando

Me he estado burlando de la situación

No he estado haciendo esto en absoluto

Lo he estado haciendo un poco

Lo he estado haciendo una cantidad media

He estado haciendo esto mucho



Cualquier otra cosa que te gustaría compartir con respecto al afrontamiento.

## Structural Support

¿Cómo describirías el apoyo o la falta de apoyo de las siguientes personas durante tu enfermedad?

	Perjudicial	Desdeñoso	Escéptico	Apático	Un poco preocupado	Apoyo
Proveedores médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cónyuge / pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familia (no cónyuge / pareja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Opcional) Si lo deseas, no dudes en compartir tu experiencia acerca del apoyo o la falta de apoyo de las personas durante tu enfermedad.

Mientras jhas estado enfermo, ¿cuál de estos escenarios coincide con tu experiencia?

- Vivía solo y me sentía bien equipado para cuidarme
- Vivía solo y necesitaba más ayuda de la que podía conseguir
- Viví con alguien y me cuidaron bien
- Vivía con alguien y necesitaba más ayuda de la que podía conseguir.
- Otros

Si te estás / estuviste aislando, ya sea en un espacio dentro de la misma casa o en una casa diferente, ¿cuál de los siguientes escenarios coincide mejor con tu experiencia? Por favor, considera "reunir" como que comenzaste a vivir con otros nuevamente, no solo visitar / socializar con otros.

- No me estaba aislando / he estado viviendo con otras personas durante mi enfermedad.
- Me reuní con otros en algún momento durante las semanas 1 a 3 y se infectaron (probablemente de mi parte)
- Me reuní con otros en algún momento durante las semanas 1-3 y no se infectaron
- Me reuní con otros en algún momento durante las semanas 4-6 y se infectaron.
- Me reuní con otros en algún momento durante las semanas 4-6 y no se infectaron
- Me reuní con otros en algún momento después de la semana 6 y se infectaron.
- Me reuní con otros en algún momento después de la semana 6 y no se infectaron.
- Todavía me estoy aislando / no me he reunido con otros
- No aplica

Tienes mascotas en casa? \*

- Sí
- No

En caso de ser afirmativo, por favor especificar: \*

- Gatos
- Perros
- Roedores
- Otros

Con respecto a la atención médica que recibiste durante la pandemia de COVID-19: \*

- Considero que recibí la atención adecuada
- Considero que recibí una atención algo por debajo de la adecuada.
- Considero que recibí una atención significativamente inferior a la adecuada.
- No necesité atención médica

Con respecto al estado financiero durante la pandemia COVID-19 (selecciona todas las opciones que apliquen): \*

- Perdí mi trabajo o no he podido trabajar si soy autónomo
- No he podido pagar las necesidades básicas como comida y alquiler.
- He estado bajo presión financiera pero he podido llegar a fin de mes.

No he sentido presión financiera

(Opcional) Considero que el gobierno federal y las instituciones nacionales públicas de salud de mi país, hicieron lo mejor que pudieron para manejar la epidemia de COVID-19.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

En caso de que aplique, tus hijos han estado enfermos de COVID-19 por más de tres semanas?

- No tengo hijos.
- Mis hijos no se enfermaron
- Mis hijos se enfermaron pero se recuperaron en menos de 3 semanas
- Uno o más de mis hijos han estado enfermos por más de 3 semanas, y uno o más de mis hijos se recuperaron antes de 3 semanas.
- Todos mis hijos han estado enfermos por más de 3 semanas.

## Work

¿Trabajaba antes del COVID-19?

- Sí, tiempo completo
- Sí, medio tiempo
- Era autoempleado, tiempo completo
- Era autoempleado, medio tiempo
- No

¿Necesité/necesito acomodar o reducir mi horario laboral debido a mis síntomas persistentes?

- Sí, tuve que reducir mis horas (trabajando presencialmente)
- Sí, tuve que reducir mis horas (trabajando remotamente).
- Sí, tuve que renunciar o me despidieron
- No, he sido capaz de seguir trabajando normal.
- Otros, por favor describir.

## Other Medical Diagnostics

¿Te has realizado recibido alguna prueba de diagnóstico médico para tus síntomas físicos de COVID-19? (Escaneos, ultrasonidos, ECG)

- Sí
- No

¿Te has realizado alguna de las siguientes pruebas de diagnóstico médico?

Nota: Si te han realizado alguna prueba varias veces, ingresa "Anormal" si

recibió un resultado anormal en cualquier momento.

	No examinado	Sí - Normal	Sí - Anormal
Resonancia Magnética - cerebro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resonancia Magnética - tórax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomografía computarizada - tórax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomografía computarizada - cerebro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomografía computarizada - abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	No examinado	Sí - Normal	Sí - Anormal
Tomografía computarizada - angiografía pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiografía de tórax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Punción lumbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrasonido - pierna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrasonido (ecocardiograma) - corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	No examinado	Sí - Normal	Sí - Anormal
Ultrasonido - abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Electrocardiograma (corazón)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Electroencefalografía (cerebro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Electromiografía (músculos/nervios)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otros	No examinado	Sí - Normal	Sí - Anormal
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la resonancia magnética cerebral, la tomografía computarizada del cerebro o el electroencefalograma cerebral fueron anormales, por favor describe los resultados aquí.

Si la resonancia magnética de tórax, la tomografía computarizada de tórax o la radiografía de tórax fueron anormales, por favor describe los resultados aquí.

Si la punción lumbar fue anormal, por favor describe los resultados aquí.

Si la electromiografía fue anormal, por favor describe los resultados aquí.

Si alguna de las pruebas enumeradas anteriormente fue anormal, por favor describe los resultados aquí.

Si tuviste alguna prueba anormal que no se haya mencionado aquí, por favor describe los resultados aquí.

## Diagnosics Blood Tests

¿Te has realizado análisis de sangre de diagnóstico para sus síntomas de COVID-19? (por ejemplo, Conteo Sanguíneo Completo)

- Sí  
 No

¿Cuáles fueron los resultados de sus análisis de sangre para las siguientes variables? Si estos fueron anormales en algún momento pero luego se resolvieron, incluye el resultado anormal.

	No examinado	Normal	Anormal, alto	Anormal, bajo	No estoy seguro / no puedo encontrarlo	Quería examinar pero no pude
Creatinina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conteo de Linfocitos (usualmente parte del Conteo Sanguíneo Completo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Conteo de Eosinófilos (usualmente parte del Conteo Sanguíneo Completo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
% Eosinófilos (usualmente parte del Conteo Sanguíneo Completo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Panel hepático / prueba de función hepática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					No estoy seguro / no puedo encontrarlo	Quería examinar pero pude
	No examinado	Normal	Anormal, alto	Anormal, bajo		
Dímero D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proteína C Reactiva (PCR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESR (velocidad de sedimentación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrinógeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros						
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para cualquier análisis de sangre anormal, describe el resultado con más detalle.

Enumere cualquier otro análisis de sangre anormal. (Coloca cada prueba anormal en una nueva línea).

Has sido examinado para alguna de las siguientes condiciones desde que tuviste COVID?

	No examinado	Negativo	Infección actual / reciente (desde COVID)	Infección Pasada
Epstein-Barr (mono)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de Lyme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Citomegalovirus (CMV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Te dieron alguno de estos diagnósticos para alguno de sus síntomas? Por favor selecciona todas las respuestas válidas.

- Síndrome de Guillain-Barré
- Neuropatía de fibras pequeñas
- Neuropatía Autonómica
- Polineuropatía
- Neuralgia Por favor indica el tipo de neuralgia en el cuadro de texto)

- Síndrome antifosfolípido, inducido por virus o autoinmune
- Sarcoidosis

- Derrame Cerebral (Por favor indica el tipo de derrame cerebral en el cuadro de texto)

- Lesiones desmielinizantes
- Síndrome de taquicardia postural ortostática
- Encefalopatía
- Encefalitis (incluye el tipo de encefalitis en el cuadro de texto)

- Mengingoencefalitis
- Meningitis
- Encefalomiелitis diseminada aguda
- Mielitis aguda
- Oftalmoparesia
- Diagnóstico Psiquiátrico
- Migraña
- Neuropatías motoras periféricas o craneales
- Síndrome de encefalopatía posterior reversible
- Miastenia
- Microangiopatía trombótica
- Síndrome de Tapia
- Epilepsia
- Lesión cerebral traumática o síntomas similares
- Encefalomiелitis miálgica / Síndrome de fatiga crónica
- Afectación de los pares craneales
- Agujero macular
- Costocondritis
- Coágulo sanguíneo
- Miocarditis

Por favor describe cualquier otro diagnóstico que te hayan dado (En caso de ser varios diagnósticos, por favor pon cada diagnóstico en una nueva línea y presiona "Enter" entre cada una.

## Treatments

¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos para sus síntomas de COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué tan útil fue? (elija todo lo que corresponda)

Esto incluye medicamentos recetados o de venta libre, o tratamientos alternativos.

	No probé esto	Ayudó Ligeramente	Ayudó Significativamente	No Ayudó	No estoy seguro(a)
<b>Tratamientos no médicos</b>					
Electrolitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programas de ritmo (regular/programar la cantidad de actividad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ponner sal a alimentos y bebidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendas de compresión (Calcetines, mallas, leggings...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuntura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Masaje linfático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Antihistamínicos</b>					
Tipo H1 (Difenhidramina, Acrivastina y Cetirizina, como Benadryl, Claritin, Zyrtec)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antihistamínicos tipo H2 (cimetidina, famotidina, como Pepcid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Cannabis</b>					
Tetrahidrocannabinol, Cannabidiol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Productos solo de CBD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Esteriodes</b>					
Prednisona y Dexametasona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Adelgazadores de sangre</b>					
Aspirina para bebé (75- 81 mg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticoagulantes orales directos, Rivaroxabán (Xarelto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Warfarina (Coumadin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Antiinflamatorios</b>					
Cúrcuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omega 3 / DHA / EPA (Aceite de pescado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tratamiento Sistema Inmunológico</b>					
Gammaglobulina intravenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plasma Convaleciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Antivirales</b>					
Remdesivir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Antibióticos</b>					
Azitromicina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Tratamiento para la malaria**

Cloroquina

Hidroxicloroquina

    **Antioxidantes**

Oxaloacetato

    **Analgésicos de venta libre**

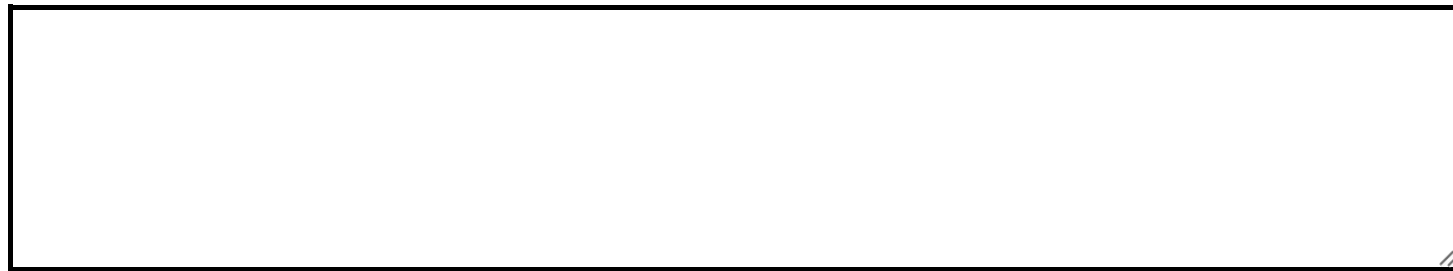
(Tylenol, Paracetamol)

    Ibuprofeno, Naproxeno,  
Aspirina para adulto  
(dosis completa)    

Por favor describe cualquier tratamiento, medicación/suplementos, o cualquier cosa que haya mejorado significativamente tus síntomas. (Por favor pon cada uno en una nueva línea presionando "Enter" después de cada una).

**Overall COVID Experience Text Write In**

**Opcional:** Utiliza este espacio para describir cualquier cosa en particular que deseas que otros sepan acerca de tu experiencia COVID, o que no haya sido capturada aquí. Por favor no incluyas ninguna información que te identifique (como nombre o locación).



## Has llegado al final de la encuesta!

Por favor toma un momento para revisar tus respuestas y cualquier respuesta que hayas olvidado. Una vez que estés seguro de tus respuestas, presiona *PRESENTAR*.

Una vez que la encuesta sea presentada, no puedes regresar a hacer modificaciones. Gracias por tu energía y tiempo!

*To return to this survey later, **bookmark the link that is in your browser.***