

## Youth Physical Health



**These questions are about your child's health. For these questions, healthcare provider means a doctor, nurse practitioner, physician assistant or anyone you go to for medical care.** **Salud Física de los Jóvenes**

**Estas preguntas son sobre la salud de su hijo(a). Para estas preguntas, proveedor de la salud significa un médico, enfermero(a), asistente médico o cualquier otra persona con la que usted va para recibir atención médica.**

Has your child ever been diagnosed with asthma? ¿Alguna vez le han diagnosticado asma a su hijo(a)?

- NoNo  
 YesSí  
 I don't knowNo lo sé

Since March, has your child's asthma symptoms (e.g., wheezing, coughing, shortness of breath, chest tightness or pain): Desde marzo, los síntomas de asma de su hijo(a) (ej. jadeo, tos, falta de aliento, dolor o presión en el pecho):

- Increased in frequency or severity Aumentaron en frecuencia o severidad  
 Decreased in frequency or severity Disminuyeron en frecuencia o severidad  
 Stayed the Same Se mantuvieron iguales

Since March, has your child's asthma medications changed or has she/he stopped taking some asthma medications? Desde marzo, ¿han cambiado los medicamentos para el asma de su hijo(a) o ha dejado de usar algún medicamento para el asma?

- NoNo  
 YesSí  
 I don't knowNo lo sé

**What medications changed? (indicate, for all that apply)¿Qué medicamentos cambiaron? (indique, para todo lo que corresponda)**

	StartedEmpezó	Increased DoseDosis aumentada	Decreased DoseDosis disminuida	StoppedSuspendi ó el uso	Not applicableNo aplica
Inhaled corticosteroids (like Qvar, Pulmicort, or Flovent)Corticosteroides inhalados (como Qvar, Pulmicort o Flovent)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma inhalers (like Albuterol, or Advair)Inhaladores para el asma (como el albuterol o Advair)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steroids you take by mouth to maintain your asthmaEsteroides que toma por vía oral para controlar su asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medications by injection (Xolair, Nucala, Fasenra, Cinquil and Duplxent)Medicamentos por inyección (Xolair, Nucala, Fasenra, Cinquil y Duplxent)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Azithromycin (Zpak) and clarithromycin (Blaxin)Azitromicina (Zpak) y claritromicina (Blaxin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Please answer the questions below about your child:Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo(a):**

Has your healthcare provider ever told you that your child has or might have COVID-19 (coronavirus)?¿Le ha dicho su proveedor de atención médica que su hijo(a) tiene o podría tener COVID-19 (coronavirus)?

- NoNo  
 YesSí  
 Refuse to answerNiego contestar

How was s/he diagnosed?¿Cómo fue diagnosticado(a)?

- By a healthcare worker in personPor un trabajador de salud en persona  
 By a healthcare worker via tele-medicinePor un trabajador de salud a través de la telemedicina  
 By a healthcare worker via telephone or emailPor un trabajador de la salud por teléfono o correo electrónico

How confident are you in this coronavirus diagnosis?¿Qué tan seguro está con este diagnóstico de coronavirus?

- CertainSeguro(a)  
 Fairly certainBastante seguro(a)  
 Not sureNo estoy seguro(a)  
 I don't think my child had coronavirusNo creo que mi hijo(a) tenga coronavirus

Which of the following symptoms has your child had at any point in time since March 2020? (check all that apply) ¿Cuál de los siguientes síntomas ha tenido su hijo en algún momento desde marzo de 2020? (marque todo lo que corresponda)

- Fever or chills Fiebre o escalofríos
- Cough Tos
- Shortness of breath Dificultad para respirar
- None of the above Ninguno de los anteriores

During that time, which of the following symptoms did your child also have? (check all that apply) Durante ese tiempo, ¿cuál de los siguientes síntomas también tuvo su hijo(a)? (marque todo lo que corresponda)

- Sore throat Dolor de garganta
- Headache Dolor de cabeza
- Muscle or body aches Dolores musculares o corporales
- Runny nose Secreción nasal
- Fatigue and excessive sleepiness Fatiga y somnolencia excesiva
- Diarrhea, nausea, or vomiting Diarrea, náuseas, or vómitos
- Loss of sense of smell or taste Pérdida del sentido del olfato o del gusto
- Itchy/red eyes Picazón / ojos rojos
- None of the above Ninguno de los anteriores

Which of the following ever occurred as a result of your child's symptoms? (check all that apply) ¿Cuál de las siguientes situaciones ocurrió como resultado de los síntomas de su hijo? (marque todo lo que corresponda)

- My child was kept overnight in a hospital because a healthcare provider thought the child had COVID-19 Mi hijo(a) fue retenido(a) durante la noche en un hospital porque un proveedor de atención médica pensó que el(la) niño(a) tenía COVID-19
- My child saw a healthcare provider in person, such as in a clinic, doctor's office, urgent care, ER Mi hijo(a) vio a un proveedor de atención médica en persona, como en una clínica, consultorio médico, atención de urgencia, ER
- My child or I spoke to a healthcare provider over the phone, email, or online Mi hijo(a) o yo hablamos con un proveedor de atención médica por teléfono, correo electrónico o en línea
- My child or I self-isolated or quarantined at home Mi hijo(a) o yo estamos aislados(as) o en cuarentena en casa
- None of the above Ninguno de los anteriores

In the two weeks before your child had symptoms, did he/she: (check all that apply) En las dos semanas antes de que su hijo(a) tuviera síntomas, él / ella: (marque todo lo que corresponda)

- Have contact with someone who tested positive for COVID-19 Tuvo contacto con alguien que dio positivo por COVID-19
- Have contact with someone who likely had COVID-19 (that is, they were not tested but had symptoms or was told by a healthcare provider they likely had it) Tuvo contacto con alguien que probablemente tuvo COVID-19 (es decir, no se hicieron la prueba pero tenían síntomas o un proveedor de atención médica les dijo que probablemente la tenían)
- Travel to a different state or country Viajó a un estado o país diferente
- None of the above Ninguno de los anteriores

Has your child been tested for COVID-19? ¿Le han realizado la prueba de COVID-19 a su hijo(a)?

- No, I never tried to get my child tested No, nunca traté de hacerle una prueba a mi hijo(a)
- No, I tried to get my child tested but was not able to No, traté de hacerle una prueba a mi hijo(a) pero no pude
- Yes, and test showed that my child does not have it ("negative" test) Sí, y la prueba mostró que mi hijo(a) no lo tiene (prueba "negativa")
- Yes, and test showed that my child does have it ("positive" test) Sí, y la prueba mostró que mi hijo(a) sí lo tiene (prueba "positiva")
- Yes, and my child is waiting for the results Sí, y mi hijo(a) está esperando los resultados

When was your child tested? If they were tested mutiple times, please provide the dates for up to three tests. ¿Cuándo se le hizo la prueba a su hijo(a)? Si le hicieron la prueba varias veces, proporcione las fechas de hasta tres pruebas.

Test 1: Prueba 1:

\_\_\_\_\_

Test 2: Prueba 2:

\_\_\_\_\_

Test 3: Prueba 3:

\_\_\_\_\_

In what ways has the COVID-19 outbreak impacted your child's overall healthcare? (check all that apply) ¿De qué manera el brote de COVID-19 ha afectado la atención médica general de su hijo? (marque todo lo que corresponda)

- My child did not go to healthcare appointments because I was concerned about him/her entering the healthcare provider's office Mi hijo(a) no asistió a citas de atención médica porque me preocupaba que él / ella ingresara al consultorio del proveedor de atención médica
- My child's healthcare provider cancelled appointments El proveedor de atención médica de mi hijo(a) canceló las citas
- My child's healthcare provider changed to phone or online visits. El proveedor de atención médica de mi hijo(a) cambió a visitas telefónicas o en línea.
- My child's healthcare provider told him/her to self-isolate or quarantine El proveedor de atención médica de mi hijo(a) le dijo que se pusiera en autoaislamiento o cuarentena
- None of these apply Ninguno de estos aplica