

Subject Case Report Forms

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021 - ALL

Signature Prompt: I certify that I have ensured the accuracy and completeness of the data reported in the Case Report Forms.

**CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL**  
**Form: Participant Identifier**  
**Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55**

---

Participant ID: \_\_\_\_\_

---

1

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Participant Identifier  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

---

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① SUBJID	\$9	Subject Identifier			SUBJID

---

Date of questionnaire administration \_\_\_\_\_

1

Interviewer please check one of the following:

Participant is completing the questionnaire for themselves   
Legally authorized representative is completing this questionnaire on behalf of another person

2

DEMOGRAFIA

Entrevistador (leer en voz alta): En primer lugar, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre usted y su hogar.

1 - ¿Que edad tiene? (Para participantes menores de un año, entre el valor "0" y luego complete "Edad del infante en meses a continuación")

Fixed Unit: yrs

4

Edad del infante, en meses.

Fixed Unit: months

5

2 - Cual es su origen etnico? (Marque solo una)

Hispano o Latino   
No hispano o latino   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar

6

3 - <br>Cual es su raza? (Marque todas las que apliquen)<br /><br /><br /><br />Indio americano o nativo de Alaska

7

Asiatico

8

Negro o afroamericano

9

---

Nativo de Hawaii u originario de las islas del pacifico  10

---

Blanco  11

---

Otro  12

---

No sé/No estoy seguro  13

---

Prefiero no responder  14

---

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_ 15

---

4 - Actualmente es usted estudiante a tiempo completo o parcial? (13 años en adelante)  16  
Si- a tiempo completo   
Si- a medio tiempo   
No

---

5 - Cual es el nivel mas alto de educación que ha completado?  17  
Educacion no formal   
Pre-kinder   
Kinder   
Escuela elemental (primer grado a quinto grado)   
Escuela intermedia (sexto grado a octavo grado)   
Diploma de escuela superior   
Algun grado universitario   
Titulo universitario   
Diploma Post-grado

---

6 - Estado civil (13 años en adelante)  18  
Soltero (a)   
Casado(a)/Convive

- Viudo (a)
- Divorciado (a)
- Separado(a)
- Prefiero no contestar

7 - Cual es el codigo postal de su residencia principal? \_\_\_\_\_

19

8 - Como describe su situacion de vida actual? (Si no es "Casa o departamento", sigue a la pregunta 10.)

- Vivo en una casa o departamento
- Vivo en un hogar de ancianos o lugar de retiro
- Vivo en un hotel o motel
- Vivo en una casa de recuperaci3n o de transici3n de drogas
- Vivo en un albergue para personas sin hogar
- Prefiero no contestar
- Otro

20

Otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_

21

9 - Cuantas habitaciones tiene su residencia? \_\_\_\_\_

22

10 - ¿Vive solo, en grupo, en familia o con varias familias? (Si usted vive "Solo", omita la pregunta 12.)

- Solo
- Grupo (pequeñas residencias ubicadas dentro de una comunidad, hogar de recuperaci3n, vivienda de transici3n u Hospedaje)
- Una sola familia (padres/encargados, hijos, abuelos, etc.)
- Multiples familias (dos o mas familias)

23

11 - Cuantas personas viven actualmente en su hogar, incluyendole a usted? (Entiendase todas las personas que ocupan una sola unidad de vivienda como casa, apartamento, grupo de habitaciones o habitaci3n individual.) \_\_\_\_\_

24

12 - ¿Es usted cuidador de alguien de su familia o núcleo familiar? (13 años en adelante)

- Sí  25  
No   
No sé/ No estoy seguro

13 - ¿Cómo describe su situación laboral actual? (13 años y mayores solamente) (Si no es "Empleado a tiempo completo" o "Empleado a tiempo parcial", sigue a la pregunta 16.)

- Empleado a tiempo completo  26  
Empleado a tiempo parcial   
Amo(a) de casa/ padre-madre en casa   
Desempleado(a)   
Retirado(a)   
Discapacitado (No empleado actualmente debido a discapacidad de corto o largo plazo)   
Otro

Si "Otras" por favor especifique:

\_\_\_\_\_ 27

14 - ¿Es usted un trabajador esencial? (Los trabajadores esenciales están exentos de las órdenes de quedarse en el hogar y deben presentarse en su lugar de trabajo. Los trabajadores esenciales incluyen: los que trabajan en la salud pública / atención médica, seguridad pública, primeros auxilios, alimentación y agricultura, energía y electricidad, petróleo, agua y aguas residuales, transporte, obras públicas, comunicaciones y IT entre otros) (13 años en adelante solamente) (Si la respuesta es "No" o "Prefiero no responder", sigue a la pregunta 16)

- Sí  28  
No   
Prefiero no contestar

15 - Desde marzo de 2020, ¿ha experimentado alguna discriminación como ser maltratado, acosado, amenazado o aislado por ser un trabajador esencial? (Mayores de 13 años solamente)

- Sí  29  
No   
No sé/ No estoy seguro

16 - ¿Es un miembro de su hogar un trabajador esencial? Los trabajadores esenciales están exentos de las órdenes de quedarse en casa y deben presentarse en su lugar de trabajo. Los trabajadores esenciales incluyen a aquellos que trabajan en salud pública o atención médica, cumplimiento de la ley, seguridad pública, primeros auxilios, alimentos y agricultura, energía y electricidad, petróleo, agua y aguas residuales, transporte, obras públicas, comunicaciones y IT entre otros.

- Sí  30  
No   
No sé/ No estoy seguro

17 - Entrevistador (lea en voz alta): La siguiente pregunta es sobre su sexo. Cuando le pregunto acerca de su sexo, le pregunto qué sexo se le determino al nacer. Al nacer, generalmente alguien los etiqueta como "masculino" o "femenino" según sus genitales (órganos sexuales)

Masculino  31  
Femenino

Cual fue el sexo que le asignaron al nacer?

18 - Entrevistador (lea en voz alta): La siguiente pregunta se refiere al género. El género es la parte social de ser hombre o mujer. Se relaciona con su propia identidad. Cuando pregunto sobre su género, pregunto si se considera hombre, mujer, hombre transgénero no conforme con el género, mujer transgénero o si se identifica en una categoría adicional.

Masculino  32  
Femenino   
No conforme al genero   
Mujer Transgenero   
Hombre transgenero   
Categoría adicional, especifique:   
Prefiero no contestar

Cual es su identidad de genero actual? (Marque una)

18 - Entrevistador (lea en voz alta): La siguiente pregunta se refiere al género. El género es la parte social de ser hombre o mujer. Se relaciona con su propia identidad. Cuando pregunto sobre su género, pregunto si se considera hombre, mujer, hombre transgénero no conforme con el género, mujer transgénero o si se identifica en una categoría adicional. Cual es su identidad de genero actual? (Marque todas las que apliquen)? (mark all that apply) Male.

33

Femenino  34

No conforme al genero  35

Mujer Transgenero  36

Hombre transgenero  37

Categoría adicional, especifique:  38

Prefiero no contestar<br>

39

En caso de "categoria adicional", especifique: \_\_\_\_\_

40

En caso de "categoria adicional", especifique: \_\_\_\_\_

41

19 - Cual es su orientacion sexual? (13 años en adelante) (Marque una)

- Heterosexual  42
- Gay/lesbiana/Homosexual
- Bisexual
- "Cuir"
- "Doble espiritu"
- Categoria adicional, especifique:
- No sé/ No estoy seguro
- Prefiero no contestar

En caso de "categoria adicional", especifique: \_\_\_\_\_

43

20 - ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar en los últimos 12 meses?

- <\$15,000.  44
- \$15,000 - \$24,999.
- \$25,000 - \$34,999.
- \$35,000 - \$49,999.
- \$50,000 - \$74,999.
- \$75,000 - \$99,999.
- \$100,000 - \$149,999.
- \$150,000 - \$199,999.
- >\$200,000.
- No se/No estoy seguro
- Prefiero no contestar

Note to interviewer: if a person lives with multiple people (e.g. roommate(s)) and does not know the income of everyone else, instruct them to respond with their total personal income.

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Demographics  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① QSDAT	dd MMM yyyy	Date of questionnaire administration			QSDAT
② COMP	1	Questionnaire completed by		1 = Participant is completing the questionnaire for themselves 2 = Legally authorized representative is completing this questionnaire on behalf of another person	
④ AGE	3	Age			AGE
⑤ AGEINF	2	Infant age			AGEINF
⑥ ETHNIC	1	Ethnicity		1 = Hispano o Latino 2 = No hispano o latino 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	ETHNIC
⑦ RACEAMIND	1	American Indian or Alaska Native			RACEAMIND
⑧ RACEASIAN	1	Asian			RACEASIAN

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Demographics  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
9 RACEAFRAM	1	Black or African American			RACEAFRAM
10 RACEHAWAII	1	Native Hawaiian or other Pacific Islander			RACEHAWAII
11 RACECAUC	1	White			RACECAUC
12 RACEOTH	1	Race Other			RACEOTH
13 RACEDK	1	Race Don't know			RACEDK
14 RACEPNA	1	Race, prefer not to answer			RACEPNA
15 RACEOSP	\$200	Race other specify			RACEOSP
16 STUDENT	1	Student		1 = Si- a tiempo completo 2 = Si- a medio tiempo 3 = No	STUDENT
17 EDU	1	Education		1 = Educacion no formal 2 = Pre-kinder 3 = Kinder	EDU

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Demographics  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				4 = Escuela elemental (primer grado a quinto grado) 5 = Escuela intermedia (sexto grado a octavo grado) 6 = Diploma de escuela superior 7 = Algun grado universitario 8 = Titulo universitario 9 = Diploma Post-grado	
<b>18</b> MAR	1	Marital status		1 = Soltero (a) 2 = Casado(a)/Con vive 3 = Viudo (a) 4 = Divorciado (a) 5 = Separado(a) 6 = Prefiero no contestar	
<b>19</b> ZIPCODE	5+	Zip code			ZIPCODE
<b>20</b> LIVESIT	2	Living situation		1 = Vivo en una casa o departamento 2 = Vivo en un hogar de ancianos o lugar de retiro	LIVESIT

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				3 = Vivo en un hotel o motel 4 = Vivo en una casa de recuperación o de transición de drogas 5 = Vivo en un albergue para personas sin hogar 6 = Prefiero no contestar 99 = Otro	
21 LIVSITOSP	\$200	Living situation, Other specify			LIVSITOSP
22 BEDRMS	2	Number of bedrooms			BEDRMS
23 LIVWITH	1	Living with		1 = Solo 2 = Grupo (pequeñas residencias ubicadas dentro de una comunidad, hogar de recuperación, vivienda de transición u Hospedaje)	LIVWITH

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Demographics  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				3 = Una sola familia (padres/encargados, hijos, abuelos, etc.) 4 = Múltiples familias (dos o más familias)	
24 LIVNUM	2	Number of people			LIVNUM
25 CARE	1	Caregiver		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	CARE
26 EMPLOY	2	Employment		1 = Empleado a tiempo completo 2 = Empleado a tiempo parcial 3 = Amo(a) de casa/ padre-madre en casa 4 = Desempleado(a) 5 = Retirado(a) 6 = Discapacitado (No empleado actualmente debido a discapacidad de corto o largo plazo)	EMPLOY

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Demographics  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				99 = Otro	
27 EMPLOYOSP	\$200	Employment other			EMPLOYOSP
28 ESSWRKYN	1	Essential worker		1 = Sí 2 = No 3 = Prefiero no contestar	ESSWRKYN
29 ESSWKDIS	1	Discrimination		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	ESSWKDIS
30 ESSWKHS	1	Live with essential worker		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	ESSWKHS
31 SEXBRTH	\$1	Sex at Birth		M = Masculino F = Femenino	SEXBRTH
32 GNDR	1	Gender		1 = Masculino 2 = Femenino 3 = No conforme al genero 4 = Mujer Transgenero 5 = Hombre transgenero 6 = Categoria adicional, especifique: 7 = Prefiero no contestar	GNDR

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Demographics  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
33 SCORRES_GN DRM	1	" Gender Male"			SCORRES_GN DRM
34 SCORRES_GN DRF	1	Female.			SCORRES_GN DRF
35 SCORRES_GN DRGV	1	Gender non-conformin g.			SCORRES_GN DRGV
36 SCORRES_GN DRTGF	1	Gender Transgender female.			SCORRES_GN DRTGF
37 SCORRES_GN DRTGM	1	Gender Transgender male.			SCORRES_GN DRTGM
38 SCORRES_GN DRAC	1	Gender Additional category, specify.			SCORRES_GN DRAC
39 SCREASND_GN1 DRNA		Gender Prefer not to answer.			SCREASND_GN DRNA
40 SCORRES_GN DRACSP	\$200	Gender other specify			SCORRES_GN DRACSP
41 GNDROSP	\$200	Gender other specify			GNDROSP
42 SEXORIEN	1	Sexual Orientation		1 = Heterosexual	SEXORIEN

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				2 = Gay/lesbiana/H omosexual 3 = Bisexual 4 = "Cuir" 5 = "Doble espíritu" 6 = Categoría adicional, especifique: 7 = No sé/ No estoy seguro 8 = Prefiero no contestar	
<b>43</b> SEXORIENOSP	\$200	Sexual Orientation Other Specify			SEXORIENOSP
<b>44</b> INCOME	2	Income		1 = <\$15,000. INCOME 2 = \$15,000 - \$24,999. 3 = \$25,000 - \$34,999. 4 = \$35,000 - \$49,999. 5 = \$50,000 - \$74,999. 6 = \$75,000 - \$99,999. 7 = \$100, 000 - \$149,999. 8 = \$150,000 - \$199,999. 9 = >\$200,000. 10 = No se/No estoy seguro 11 = Prefiero no contestar	

Was the participant enrolled in the study? Yes  1  
No

Date of Enrollment \_\_\_\_\_ 2

Recruitment Date \_\_\_\_\_ 3

Recruitment Time Slot 8:00am-12:00pm  4  
12:00pm-4:00pm   
4:00pm-8:00pm

Population cohort Adults residing in nursing homes/assisted living facilities  5  
Adults from outpatient healthcare facilities   
Community

Venue code \_\_\_\_\_ 6

For adults residing in nursing homes/assisted living facilities, is the participant able to complete the questionnaire? Yes  7  
No

Did the participant complete all study procedures at the enrollment visit? Yes  8  
No

If "No", at what date did the participant complete all study procedures? \_\_\_\_\_ 9

Specimen ID \_\_\_\_\_ 10

Will the participant be submitting an oral/saliva specimen sample? Yes  11  
No

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Enrollment  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① ENRYN	\$1	Was the participant enrolled in the study?		Y = Yes N = No	ENRYN
② ENRDAT	dd MMM yyyy	Date of Enrollment			ENRDAT
③ RECRDATE	dd MMM yyyy	Recruitment Date			RECRDATE
④ RECRTMSLT	1	Recruitment Time Slot		1 = 8:00am-12:00 pm 2 = 12:00pm-4:00 pm 3 = 4:00pm-8:00pm	RECRTMSLT
⑤ COHOR	1	Cohort		1 = Adults residing in nursing homes/assisted living facilities 2 = Adults from outpatient healthcare facilities 3 = Community	COHOR
⑥ CODE	3+	Venue code			CODE

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Enrollment  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
7 ABLEQS	\$1	Nursing home residence able to complete questionnaire		Y = Yes N = No	ABLEQS
8 ENRPROCYN	\$1	Did the participant complete all study procedures at the enrollment visit?		Y = Yes N = No	ENRPROCYN
9 ENRREASC	dd MMM yyyy	If "No", at what date did the participant complete all study procedures?			ENRREASC
10 SPECID	11+	Specimen ID			SPECID
11 SALGRP	\$1	Participant to submit saliva		Y = Yes N = No	SALGRP

Did the participant meet all eligibility criteria?

Yes  1  
No

---

Eligibility status

Eligible and enrolled  2  
Eligible/Not enrolled   
Ineligible   
Incomplete screening

---

If "Eligible and enrolled", or "Incomplete screening", end of form.

---

Select reason(s) why participant is ineligible.

- 11. Adults residing in nursing homes/assisted living facilities or attending outpatient healthcare facilities - At least 18 years of age  4
  - 12. Adults residing in nursing homes/assisted living facilities or attending outpatient healthcare facilities - Willing and able to provide informed consent or consent has been provided by legal representative (for those with mental incapacity)
  - 13. Adults residing in nursing homes/assisted living facilities or attending outpatient healthcare facilities - Recruited from a selected facility
  - 14. Adults and children from select neighborhoods of research site communities - Adults and children > 2 months of age
  - 15. Adults and children from select neighborhoods of research site communities - For individuals < 18 years old, a guardian must be present
  - 16. Adults and children from select neighborhoods of research site communities - Willing and able to provide consent (or assent for individuals < 18 years, parent/guardian will provide consent)
-

- 17. Adults and children from select neighborhoods of research site communities - Resident of the CRS catchment area or recruited from a selected venue
- E1. Prior or current enrollment in any interventional COVID-19 clinical trial, including studies involving prophylactic, therapeutic or immune modulating agents
- E2. Previous enrollment in this study, either from the same or another CRS community
- E3. Any condition that, in the opinion of the study staff, would make participation in the study unsafe, complicate interpretation of study outcome data, or otherwise interfere with achieving the study objectives

---

If "E3. Any condition that, in the opinion of the study staff, would make participation in the study unsafe, complicate interpretation of study outcome data, or otherwise interfere with achieving the study objectives", specify (max. 200 characters):

5

---

---

If eligible, but participant declined enrollment, specify reason:

6

---

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Inclusion Exclusion Criteria  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① IEYN	\$1	Any Inclusion/Exclu sion Criteria Findings		Y = Yes N = No	IEYN
② IESTATUS	1	Eligibility Status		1 = Eligible and enrolled 2 = Eligible/Not enrolled 3 = Ineligible 4 = Incomplete screening	IESTATUS
④ IETEST	2	Inclusion Exclusion Criterion Result		1 = I1. Adults residing in nursing homes/assiste d living facilities or attending outpatient healthcare facilities - At least 18 years of age	IETEST

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Inclusion Exclusion Criteria  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

---

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
------------	-----------	-----------	-------	--------	----------------------

---

2 = I2. Adults residing in nursing homes/assisted living facilities or attending outpatient healthcare facilities - Willing and able to provide informed consent or consent has been provided by legal representative (for those with mental incapacity)  
 3 = I3. Adults residing in nursing homes/assisted living facilities or attending outpatient healthcare facilities - Recruited from a selected facility  
 4 = I4. Adults and children from select neighborhoods of research site communities - Adults and children > 2 months of age

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Inclusion Exclusion Criteria  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

---

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
------------	-----------	-----------	-------	--------	----------------------

---

5 = I5. Adults and children from select neighborhoods of research site communities - For individuals < 18 years old, a guardian must be present  
 6 = I6. Adults and children from select neighborhoods of research site communities - Willing and able to provide consent (or assent for individuals < 18 years, parent/guardian will provide consent)  
 7 = I7. Adults and children from select neighborhoods of research site communities - Resident of the CRS catchment area or recruited from a selected venue

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Inclusion Exclusion Criteria  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				8 = E1. Prior or current enrollment in any interventional COVID-19 clinical trial, including studies involving prophylactic, therapeutic or immune modulating agents 9 = E2. Previous enrollment in this study, either from the same or another CRS community 10 = E3. Any condition that, in the opinion of the study staff, would make participation in the study unsafe, complicate interpretation of study outcome data, or otherwise interfere with achieving the study objectives	
5 IETESTOSP	\$200	Any condition specify			IETESTOSP

**CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL**  
**Form: Inclusion Exclusion Criteria**  
**Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55**

---

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
⑥ IEREASON	\$200	Eligible/not enrolled specify			IEREASON

---

Date of medical record abstraction \_\_\_\_\_ **1**

1 - MEDICAL HISTORY

Yes  **2**

No

Don't Know/ Not sure

Did the participant receive an influenza vaccine ("flu shot") during the 2019-2020 Flu season?

1 - MEDICAL HISTORY

Yes  **3**

No

Does the participant's medical history include any of the following medical conditions? (Check all that apply)

Asthma

Other chronic lung disease

Yes  **4**

No

Heart disease

Yes  **5**

No

Hypertension (high blood pressure)

Yes  **6**

No

Cancer chemotherapy in the last 12 months

Yes  **7**

No

Other immunosuppression condition

Yes  **8**

No

HIV

Yes  **9**

---

No

---

Diabetes

Yes  **10**  
No

---

Kidney or renal disease

Yes  **11**  
No

---

Liver Disease

Yes  **12**  
No

---

Sickle cell disease

Yes  **13**  
No

---

Obesity

Yes  **14**  
No

---

Mental health condition

Yes  **15**  
No

---

Substance abuse disorder

Yes  **16**  
No

---

Other chronic medical conditions that have not already been mentioned

Yes  **17**  
No

---

If "Other", specify:

\_\_\_\_\_ **18**

2 - Has the participant sought assistance for daily activities because of a physical, mental, or emotional disability?  
(Check all that apply)

Yes  19  
No

Physical disability

Mental disability

Yes  20  
No

Emotional disability

Yes  21  
No

4 - Is the participant currently pregnant?

Yes  22  
No   
Don't know/Not Sure   
Prefiero no responder   
Not applicable

3 - Does the participant have any medical conditions that require medication or routine visits to the doctor?

Yes  23  
No

4 - Has the participant received a COVID-19 diagnostic test in the past? A diagnostic test is usually a swab in the nose, mouth, or throat. (If "Yes-they tested negative", skip to question 11. If "Never been tested" or "Don't know/Not sure", skip to question 11.)

Yes - they tested positive  24  
Yes - they tested negative   
Never been tested   
Don't Know/Not Sure

5 - What was the date of the positive diagnostic test? \_\_\_\_\_

25

8 - How many days did it take to get the results for the diagnostic test?"

Fixed Unit: days 26

Skip to question 19 if diagnostic test was negative.

6 - Has the participant tested positive for COVID-19 via a diagnostic test more than once?

Yes  27  
No   
Don't Know/ Not sure

---

7 - Did the participant seek care after testing positive via diagnostic test? (If "No" or "Don't know/Not sure", skip to question 11)

Yes  28  
No   
Don't Know/ Not sure

---

11 - Where did the participant seek medical care ?

Visited their primary care provider's office or another doctor's office  29  
Telephone call to their primary care provider's office or doctor's office   
Telemedicine such as an electronic consultation or video call with a health care provider   
Retail clinic or pharmacy   
Urgent care   
Emergency room   
Hospital, not in the emergency room   
Other

---

8 - Where did the participant seek medical care ?

Yes  30  
No

Visited their primary care provider's office or another doctor's office

---

Telephone call to their primary care provider's office or doctor's office

Yes  31  
No

---

Telemedicine such as an electronic consultation or video call with a health care provider

Yes  32  
No

---

---

Retail clinic or pharmacy Yes  **33**  
No

---

Urgent care Yes  **34**  
No

---

Emergency room Yes  **35**  
No

---

Hospital, not in the emergency room Yes  **36**  
No

---

Other Yes  **37**  
No

---

If "Other", specify: \_\_\_\_\_ **38**

---

12 - How many days after testing positive did the participant first seek care? Same day  **39**  
1-2 days   
3-5 days   
More than 5 days   
No sé/ No estoy seguro

---

9 - Did the participant spend at least one night in a hospital after testing positive? (If "No" or "Don't know/Not sure", skip to question 11) Yes  **40**  
No   
Don't Know/ Not sure

---

10 - How many nights was the participant hospitalized? 1-2 noches  **41**  
3-5 noches

Más de 5 noches   
No sé/ No estoy seguro

11 - Has the participant received a COVID-19 antibody test in the past?  
An antibody test is usually a blood test. (If "Yes-they tested negative", or "Never been tested" or "Don't know/Not sure", skip to question 13.)

Yes – they tested positive  42  
Yes – they tested negative   
Never been tested   
Don't Know/Not Sure

12 - What is the date of the positive antibody test? \_\_\_\_\_

43

17 - How many days did it take to get the results for the antibody test? \_\_\_\_\_

Fixed Unit: days 44

13 - In the past 14 days, has the participant reported any of the following symptoms?

Yes  45  
No

Fever or chills

Cough with phlegm or mucus

Yes  46  
No

Dry cough with no phlegm or mucus

Yes  47  
No

Shortness of breath or difficulty breathing

Yes  48  
No

Fatigue/ Feeling tired

Yes  49  
No

---

Muscle or body aches	Yes <input type="checkbox"/> <b>50</b>
	No <input type="checkbox"/>

---

Headache	Yes <input type="checkbox"/> <b>51</b>
	No <input type="checkbox"/>

---

Sudden loss of taste or smell	Yes <input type="checkbox"/> <b>52</b>
	No <input type="checkbox"/>

---

Sore throat	Yes <input type="checkbox"/> <b>53</b>
	No <input type="checkbox"/>

---

Congestion or runny nose	Yes <input type="checkbox"/> <b>54</b>
	No <input type="checkbox"/>

---

Nausea or vomiting	Yes <input type="checkbox"/> <b>55</b>
	No <input type="checkbox"/>

---

Diarrhea	Yes <input type="checkbox"/> <b>56</b>
	No <input type="checkbox"/>

---

Abdominal pain	Yes <input type="checkbox"/> <b>57</b>
	No <input type="checkbox"/>

---

14 - Note to data abstractor: skip to question 17 if "No" to all symptoms?	Yes <input type="checkbox"/> <b>58</b>
	No <input type="checkbox"/>
	Don't Know/ Not sure <input type="checkbox"/>

Is the participant currently experiencing any of these symptoms?

---

20 - In the past 14 days prior to developing these symptoms, did the participant travel within the state, outside the state, or outside the country?

- No  59  
Yes, within the state   
Yes, outside the state   
Yes, outside the country
- 

15 - While experiencing these symptoms, did the participant seek care from a healthcare professional? (seeking care includes a getting a test)

- Yes  60  
No   
Don't Know/ Not sure
- 

If "No" or "Don't know/Not sure", skip to question 17.

---

22 - Where did the participant seek medical care?

- Visited their primary care provider's office or another doctor's office  61  
Telephone call to their primary care provider's office or doctor's office   
Telemedicine such as an electronic consultation or video call with a health care provider   
Retail clinic or pharmacy   
Urgent care   
Emergency room   
Hospital, not in the emergency room   
Other
- 

16 - Where did the participant seek medical care?

- Yes  62  
No
- 

Visited their primary care provider's office or another doctor's office

---

Telephone call to their primary care provider's office or doctor's office

- Yes  63  
No
- 

Telemedicine such as an electronic consultation or video call with a health care provider

- Yes  64
-

No

Retail clinic or pharmacy

Yes  **65**  
No

Urgent care

Yes  **66**  
No

Emergency room

Yes  **67**  
No

Hospital, not in the emergency room

Yes  **68**  
No

Other

Yes  **69**  
No

If "Other", specify:

**70**

23 - How many days after symptoms started did the participant first seek care?

Same day  **71**  
1-2 days   
3-5 days   
More than 5 days   
No sé/ No estoy seguro

17 - Note to data abstractor: Recently refers to the last 2 months.

Yes  **72**  
No   
Don't Know/ Not sure

In the past month, did the participant interact in person or through direct physical contact, such as touching, hugging, or shaking hands, with someone who recently tested positive for COVID-19?

18 - Has anyone in the participant's household tested positive for COVID-19?

Yes  73  
No   
Don't Know/ Not sure

---

19 - In the past month, has a member of your household other than you experienced any symptoms of COVID-19?

Yes  74  
No   
Don't Know/ Not sure

---

20 - COVID 19 IMPACT

Yes  75  
No

Has the participant smoked or vaped tobacco (including cigarettes and e-cigarettes) in the last 6 months?

---

21 - Is there a history of alcohol use in the last 6 months?

Yes  76  
No

Alcohol

---

Cannabis/marijuana

Yes  77  
No

---

Opioids such as heroin, fentanyl, or painkillers

Yes  78  
No

---

Cocaine, crystal meth, LSD, or steroids

Yes  79  
No

---

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Medical Record Abstraction  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① QSDAT	dd MMM yyyy	Date of record abstraction			QSDAT
② FLUVACM	1	Flu vaccine		1 = Yes 2 = No 3 = Don't Know/ Not sure	FLUVACM
③ ASTHM	\$1	Asthma		Y = Yes N = No	ASTHM
④ CLDM	\$1	Other lung disease		Y = Yes N = No	CLDM
⑤ HDM	\$1	Heart disease		Y = Yes N = No	HDM
⑥ HYPM	\$1	Hypertension		Y = Yes N = No	HYPM
⑦ CAYRM	\$1	Cancer chemotherapy in the last 12 months		Y = Yes N = No	CAYRM
⑧ IMMUNM	\$1	Immunosuppre ssion		Y = Yes N = No	IMMUNM
⑨ HIVM	\$1	HIV		Y = Yes N = No	HIVM
⑩ DIABM	\$1	Diabetes		Y = Yes N = No	DIABM

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Medical Record Abstraction  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
11 KDRDM	\$1	Kidney or renal disease		Y = Yes N = No	KDRDM
12 LIVDM	\$1	Liver Disease		Y = Yes N = No	LIVDM
13 SCDM	\$1	Sickle cell disease		Y = Yes N = No	SCDM
14 OBESM	\$1	Obesity		Y = Yes N = No	OBESM
15 MHM	\$1	Mental health condition		Y = Yes N = No	MHM
16 SUBABM	\$1	Substance abuse		Y = Yes N = No	SUBABM
17 MCOTHM	\$1	Other medical conditions		Y = Yes N = No	MCOTHM
18 MCOTHSP	\$200	Medical conditions other specify			MCOTHSP
19 PHYSDM	\$1	Physical disability		Y = Yes N = No	PHYSDM
20 MENTM	\$1	Mental disability		Y = Yes N = No	MENTM
21 EMODI	\$1	Emotional disability		Y = Yes N = No	EMODI

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Medical Record Abstraction  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
22 PREGM	1	Currently pregnant		1 = Yes 2 = No 3 = Don't know/Not Sure 4 = Prefiero no responder 5 = Not applicable	PREGM
23 MCVISM	\$1	Requires visits		Y = Yes N = No	MCVISM
24 COVDXYNM	1	Previous covid test		1 = Yes - they tested positive 2 = Yes - they tested negative 3 = Never been tested 4 = Don't Know/Not Sure	
25 DXDAT	dd- MMM yyyy	Positive covid test date			DXDAT
26 DXDAYSM	3	Days until covid results			DXDAYSM
27 PREPOSM	1	Covid positive more than once		1 = Yes 2 = No 3 = Don't Know/ Not sure	PREPOSM
28 PCDXM	1	Sought care for covid		1 = Yes 2 = No 3 = Don't Know/ Not sure	PCDXM

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Medical Record Abstraction  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
<b>29</b> HCLOCM	2	Healthcare location		1 = Visited their primary care provider's office or another doctor's office 2 = Telephone call to their primary care provider's office or doctor's office 3 = Telemedicine such as an electronic consultation or video call with a health care provider 4 = Retail clinic or pharmacy 5 = Urgent care 6 = Emergency room 7 = Hospital, not in the emergency room 99 = Other	HCLOCM
<b>30</b> HCLOPCM	\$1	Doctor office after test		Y = Yes N = No	HCLOPCM
<b>31</b> HCLOCPHM	\$1	Doctor telephone call after test		Y = Yes N = No	HCLOCPHM
<b>32</b> HCLOCTELM	\$1	Telemedicine after test		Y = Yes N = No	HCLOCTELM

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Medical Record Abstraction  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
33 HCLOCRCM	\$1	Retail clinic pharmacy after test		Y = Yes N = No	HCLOCRCM
34 HCLOCUCM	\$1	Urgent care after test		Y = Yes N = No	HCLOCUCM
35 HCLOCERM	\$1	Emergency room after test		Y = Yes N = No	HCLOCERM
36 HCLOCHSPM	\$1	Hospital, not ER after test		Y = Yes N = No	HCLOCHSPM
37 HCLOCOTHM	\$1	Other healthcare location after test		Y = Yes N = No	HCLOCOTHM
38 HCLOCOSP	\$200	Healthcare location other			HCLOCOSP
39 COVDACM	1	Days after testing		1 = Same day 2 = 1-2 days 3 = 3-5 days 4 = More than 5 days 5 = No sé/ No estoy seguro	COVDACM
40 HCONM	1	One night hospitalization		1 = Yes 2 = No 3 = Don't Know/ Not sure	HCONM
41 HCHOSPDM	1	Nights hospitalized		1 = 1-2 noches	HCHOSPDM

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Medical Record Abstraction  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				2 = 3-5 noches 3 = Más de 5 noches 4 = No sé/ No estoy seguro	
42 PABTM	1	Previous covid AB test		1 = Yes – they PABTM tested positive 2 = Yes – they tested negative 3 = Never been tested 4 = Don't Know/Not Sure	
43 ABDAT	dd- MMM yyyy	AB test date			ABDAT
44 ABDAYSM	3	Days until covid results			ABDAYSM
45 SMPFEVM	\$1	Fever or chills		Y = Yes N = No	SMPFEVM
46 SMPCPM	\$1	Cough with phlegm or mucus		Y = Yes N = No	SMPCPM
47 SMPDCM	\$1	Dry cough with no phlegm or mucus		Y = Yes N = No	SMPDCM
48 SMPSOBM	\$1	Shortness of breath or difficulty breathing		Y = Yes N = No	SMPSOBM

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Medical Record Abstraction  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
49 SMPFATM	\$1	Fatigue		Y = Yes N = No	SMPFATM
50 SMPMBA	\$1	Muscle or body aches		Y = Yes N = No	SMPMBA
51 SMPHDA	\$1	Headache		Y = Yes N = No	SMPHDA
52 SMPLSM	\$1	Sudden loss of taste or smell		Y = Yes N = No	SMPLSM
53 SMPSTH	\$1	Sore throat		Y = Yes N = No	SMPSTH
54 SMPCGRN	\$1	Congestion or runny nose		Y = Yes N = No	SMPCGRN
55 SMPNSVM	\$1	Nausea or vomiting		Y = Yes N = No	SMPNSVM
56 SMPDHM	\$1	Diarrhea		Y = Yes N = No	SMPDHM
57 SMPABDM	\$1	Abdominal pain		Y = Yes N = No	SMPABDM
58 SMCEXP	1	Symptoms currently		1 = Yes 2 = No 3 = Don't Know/ Not sure	SMCEXP

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Medical Record Abstraction  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
59 SMTRAVM	1	Travel symptoms prior		1 = No 2 = Yes, within the state 3 = Yes, outside the state 4 = Yes, outside the country	SMTRAVM
60 SMHCPM	1	Seek healthcare		1 = Yes 2 = No 3 = Don't Know/ Not sure	SMHCPM
61 SMLOCM	2	Medical care location		1 = Visited their primary care provider's office or another doctor's office 2 = Telephone call to their primary care provider's office or doctor's office 3 = Telemedicine such as an electronic consultation or video call with a health care provider 4 = Retail clinic or pharmacy 5 = Urgent care 6 = Emergency room	SMLOCM

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Medical Record Abstraction  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				7 = Hospital, not in the emergency room 99 = Other	
62 SMLOCPCM	\$1	Doctor office after symptoms		Y = Yes N = No	SMLOCPCM
63 SMLOCPHM	\$1	Doctor telephone call after symptoms		Y = Yes N = No	SMLOCPHM
64 SMLOCTELM	\$1	Telemedicine after symptoms		Y = Yes N = No	SMLOCTELM
65 SMLOCRCM	\$1	Retail clinic pharmacy after symptoms		Y = Yes N = No	SMLOCRCM
66 SMLOCUCM	\$1	Urgent care after symptoms		Y = Yes N = No	SMLOCUCM
67 SMLOCERM	\$1	Emergency room after symptoms		Y = Yes N = No	SMLOCERM
68 SMLOCHSPM	\$1	Hospital, not ER after symptoms		Y = Yes N = No	SMLOCHSPM

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Medical Record Abstraction  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
69 SMLOCOTHM	\$1	Other healthcare location after symptoms		Y = Yes N = No	SMLOCOTHM
70 SMLOCOSP	\$200	Other care location			SMLOCOSP
71 SMDYSM	1	Days medical care symptoms		1 = Same day 2 = 1-2 days 3 = 3-5 days 4 = More than 5 days 5 = No sé/ No estoy seguro	SMDYSM
72 SMPCONM	1	Covid contact		1 = Yes 2 = No 3 = Don't Know/ Not sure	SMPCONM
73 COVHOUSM	1	Household positive coronavirus		1 = Yes 2 = No 3 = Don't Know/ Not sure	COVHOUSM
74 COVPMOM	1	Past month covid interaction		1 = Yes 2 = No 3 = Don't Know/ Not sure	COVPMOM
75 TOBH	\$1	Tobacco use		Y = Yes N = No	TOBH
76 ETOHM	\$1	Alcohol		Y = Yes	ETOHM

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Medical Record Abstraction  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				N = No	
77 CANM	\$1	Cannabis		Y = Yes N = No	CANM
78 OPIDM	\$1	Opioids		Y = Yes N = No	OPIDM
79 OTHSUBM	\$1	Other substances		Y = Yes N = No	OTHSUBM

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Protocol Deviations Y/N  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

---

Have any protocol deviations been reported?

Yes  1  
No

---

If "Yes", update the Protocol Deviations log.

---

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Protocol Deviations Y/N  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

---

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① DVYN	\$1	Any Protocol Deviations		Y = Yes N = No	DVYN

---

Site awareness date \_\_\_\_\_ ①

Deviation date \_\_\_\_\_ ②

Has or will this deviation be reported to local IRB/EC? Yes  ③  
No

Type of deviation

- Inappropriate enrollment  ④
- Conduct of non-protocol procedure
- Breach of confidentiality
- Mishandled lab specimen
- Staff performing duties they are not qualified to perform
- Questionnaire administration deviation
- Informed consent process deviation
- Visit completed outside of window
- Other

Description of deviation \_\_\_\_\_ ⑤

Plans and/or action taken to address the deviation \_\_\_\_\_ ⑥

Plans and/or action taken to prevent future occurrences of the deviation \_\_\_\_\_ ⑦

Deviation reported by \_\_\_\_\_ ⑧

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Protocol Deviations Log  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① DVDAT	dd MMM yyyy	Site Awareness Date			DVDAT
② DVSTDAT	dd MMM yyyy	Start Date of Deviation			DVSTDAT
③ DVIRB	\$1	Deviation Reported to Local IRB/EC		Y = Yes N = No	DVIRB
④ DVDECOD	2	Deviation Dictionary-Deri ved/Standardiz ed Term		1 = Inappropriate enrollment 8 = Conduct of non-protocol procedure 12 = Breach of confidentiality 15 = Mishandled lab specimen 16 = Staff performing duties they are not qualified to perform 17 = Questionnaire administration deviation 21 = Informed consent process deviation 22 = Visit completed outside of window 99 = Other	DVDECOD

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Protocol Deviations Log  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

	Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
5	DVTERM	\$600	Protocol Deviation Reported Term			DVTERM
6	DVPLNADRES	\$600	Plans Taken to Address This Deviation			DVPLNADRES
7	DVPLNPRVNT	\$600	Plans Taken to Prevent Future Deviations			DVPLNPRVNT
8	DVREPORT	\$100	Deviation Reported by Staff			DVREPORT

---

Was specimen collected?

Yes  ①  
No

---

If "No", provide reason and end of form.

Participant declined  ②  
Participant unable to provide sample   
Other

Primary reason specimen was not collected

---

If "Other", specify (max. 200 characters):

\_\_\_\_\_ ③

---

Specimen ID

\_\_\_\_\_ ④

---

Specimen collection date

\_\_\_\_\_ ⑤

---

Specimen collection time

\_\_\_\_\_ ⑥

---

Were all requirements of the specimen collection met per the SSP?

Yes  ⑦  
No

---

If "No", provide explanation in Comments.

\_\_\_\_\_ ⑧

Comments (max. 600 characters):

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Specimen Collection - Nasal Swab  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① BSYN	\$1	Any Specimen Collected		Y = Yes N = No	BSYN
② BSWHYNO	2	Primary Reason Specimen Was Not Collected		1 = Participant BSWHYNO declined 2 = Participant unable to provide sample 99 = Other	
③ BSOTH	\$200	Primary Reason Other Specify			BSOTH
④ BSID	11+	Specimen ID			BSID
⑤ BSDAT	dd MMM yyyy	Specimen Collection Date			BSDAT
⑥ BSTIM	HH:nn	Specimen Collection Time			BSTIM
⑦ BSCOND	\$1	Specimen Collection Requirements Met?		Y = Yes N = No	BSCOND
⑧ BSCOVAL	\$600	Comments			BSCOVAL

---

Was specimen collected?

Yes  1  
No

---

If "No", provide reason and end of form.

Participant declined  2  
Participant unable to provide sample   
Other

Primary reason specimen was not collected

---

If "Other", specify (max. 200 characters):

\_\_\_\_\_ 3

---

Specimen ID

\_\_\_\_\_ 4

---

Specimen collection date

\_\_\_\_\_ 5

---

Specimen collection time

\_\_\_\_\_ 6

---

Were all requirements of the specimen collection met per the SSP?

Yes  7  
No

---

If "No", provide explanation in Comments.

8

---

Comments (max. 600 characters):

\_\_\_\_\_

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Specimen Collection - Saliva  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① BSYN	\$1	Any Specimen Collected		Y = Yes N = No	BSYN
② BSWHYNO	2	Primary Reason Specimen Was Not Collected		1 = Participant BSWHYNO declined 2 = Participant unable to provide sample 99 = Other	
③ BSOTH	\$200	Primary Reason Other Specify			BSOTH
④ BSID	11+	Specimen ID			BSID
⑤ BSDAT	dd MMM yyyy	Specimen Collection Date			BSDAT
⑥ BSTIM	HH:nn	Specimen Collection Time			BSTIM
⑦ BSCOND	\$1	Specimen Collection Requirements Met?		Y = Yes N = No	BSCOND
⑧ BSCOVAL	\$600	Comments			BSCOVAL

---

Specimen type

Serum  ①  
Dried Blood Spot

---

Was specimen collected?

Yes  ②  
No

---

If "No", provide reason and end of form.

Participant declined  ③  
Participant unable to provide sample   
Other

Primary reason specimen was not collected

---

If "Other", specify (max. 200 characters):

\_\_\_\_\_ ④

---

Specimen ID

\_\_\_\_\_ ⑤

---

Specimen collection date

\_\_\_\_\_ ⑥

---

Specimen collection time

\_\_\_\_\_ ⑦

---

Was sample stored?

Stored  ⑧  
Not stored

---

If "No", record reason why sample was not stored (max. 200 characters).

\_\_\_\_\_ ⑨

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Specimen Collection and Storage - Blood  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

	Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
①	BSSPEC	1	Specimen Type		1 = Serum 2 = Dried Blood Spot	BSSPEC
②	BSCOLL	\$1	Any Specimen Collected		Y = Yes N = No	BSCOLL
③	BSWHYNO	2	Primary Reason Specimen Was Not Collected		1 = Participant BSWHYNO declined 2 = Participant unable to provide sample 99 = Other	
④	BSOTH	\$200	Primary Reason Other Specify			BSOTH
⑤	BSID	11+	Specimen ID			BSID
⑥	BSDAT	dd MMM yyyy	Specimen Collection Date			BSDAT
⑦	BSTIM	HH:nn	Specimen Collection Time			BSTIM
⑧	BSSTORE	1	Sample Stored		1 = Stored 2 = Not stored	BSSTORE
⑨	BSREASNS	\$200	Reason Sample Not Stored			BSREASNS

---

Date of study exit \_\_\_\_\_

---

1

Primary reason for completion/discontinuation

Scheduled exit visit/end of study

2

Participant is unwilling or unable  
to comply with required study  
procedures

Lost to follow-up

Protocol deviation

Withdrawal of consent by  
participant

Other, specify

---

If "Other", specify (max. 200 characters): \_\_\_\_\_

---

3

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Study Termination  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① DSSTDAT	dd MMM yyyy	Date of Study Completion or Discontinuation			DSSTDAT
② DSTERM	2	Study Completion Reported Term		1 = Scheduled exit visit/end of study 4 = Participant is unwilling or unable to comply with required study procedures 5 = Lost to follow-up 7 = Protocol deviation 10 = Withdrawal of consent by participant 99 = Other, specify	
③ DSTERMOSP	\$200	Study Completion Reported Term Other Specify			DSTERMOSP

---

Informed consent date \_\_\_\_\_

1

---

Consent obtained for additional nasal swab for viral DNA sequencing

Yes

2

No

N/A

If the participant has already consented to providing a saliva sample and additional nasal swab, mark "N/A".

---

Consent obtained for extra samples to be used in other studies

Yes

3

No

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Informed Consent  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① RFICDAT	dd MMM yyyy	Informed Consent Date			RFICDAT
② DSTERM1	\$2	Consent obtained for additional nasal swab		Y = Yes N = No NA = N/A	DSTERM1
③ DSTERM2	\$1	Future testing consent obtained		Y = Yes N = No	DSTERM2

---

Specimen ID \_\_\_\_\_ **1**

---

Specimen collection date \_\_\_\_\_ **2**

---

Test result

Detected  **3**

Not Detected

Indeterminate

Not performed/ unacceptable  
sample/invalid

---

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: SARS-CoV-2 Test Results  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① LBID	11+	Specimen ID			LBID
② LBDAT	dd MMM yyyy	Specimen Collection Date			LBDAT
③ LBORRES	1	Test Result		1 = Detected 2 = Not Detected 3 = Indeterminate 4 = Not performed/ unacceptable sample/invalid	LBORRES

Date of questionnaire administration \_\_\_\_\_

1

Interviewer please check one of the following:

Participant is completing the questionnaire for themselves  **2**  
Legally authorized representative is completing this questionnaire on behalf of another person

Entrevistador (lea en voz alta): Estamos realizando este estudio para estimar la cantidad de personas que tienen o han tenido SARS-CoV-2 o COVID-19 en los Estados Unidos para comprender mejor cómo la pandemia de COVID-19 afectó la vida de las personas. Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre usted, su salud, su hogar, la posible exposición al COVID-19 y que usted piensa o siente sobre el COVID-19. El cuestionario tomara entre 15 y 20 minutos en completarse. Su participación es completamente voluntaria y tenga la seguridad de que sus respuestas serán estrictamente confidenciales. ¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

**HISTORIAL MÉDICO**  
Entrevistador (lea en voz alta): Ahora vamos a preguntarle sobre sus afecciones médicas y cómo pueden haber sido afectadas por la pandemia de COVID-19. Responda estas preguntas lo mejor que pueda.

1 - Recibió usted la vacuna contra la influenza, durante la temporada de influenza 2019-2020?

Sí  **5**  
No   
No sé/ No estoy seguro

1 - ¿Ha sido usted diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones de salud? (Marque todas las que apliquen)  
Asma

Sí  **6**  
No

Otra enfermedad pulmonar crónica

Sí  **7**  
No

Cardiopatía/Enfermedad del corazón

Sí  **8**  
No

Hipertensión/Alta Presión

Sí  **9**  
No

---

Quimioterapia para tratar cancer en los últimos 12 meses	Sí <input type="checkbox"/> <b>10</b> No <input type="checkbox"/>
Otras condiciones inmunosupresoras	Sí <input type="checkbox"/> <b>11</b> No <input type="checkbox"/>
VIH	Sí <input type="checkbox"/> <b>12</b> No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> <b>13</b> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	Sí <input type="checkbox"/> <b>14</b> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad del hígado	Sí <input type="checkbox"/> <b>15</b> No <input type="checkbox"/>
Anemia de celulas falciformes	Sí <input type="checkbox"/> <b>16</b> No <input type="checkbox"/>
Obesidad	Sí <input type="checkbox"/> <b>17</b> No <input type="checkbox"/>
Condición de salud mental	Sí <input type="checkbox"/> <b>18</b> No <input type="checkbox"/>
Desorden de abuso de sustancias	Sí <input type="checkbox"/> <b>19</b>

---

---

No

---

Otras condiciones de salud no mencionadas anteriormente

Sí  20  
No

---

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_

21

---

2 - ¿Tiene alguna limitación en sus actividades diarias debido a una discapacidad física, mental o emocional? (Marque todas las que apliquen </i><br><br /><br /><br />.Discapacidad física

Sí  22  
No

---

Discapacidad mental

Sí  23  
No

---

Discapacidad emocional

Sí  24  
No

---

Ninguna de las anteriores

Sí  25  
No

---

Prefiero no responder

Sí  26  
No

---

4 - Está usted embarazada?

Sí  27  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar   
No aplica

3 - Tiene usted alguna condición de salud que requiere medicamentos o visitas de rutina con su doctor? (Si la respuesta es "No", sigue a la próxima sección)  Sí **28**  No

4 - Debido a la pandemia por COVID-19, ¿se le dificultó o le resultó imposible atender citas previamente programadas con su proveedor de salud? (Si la respuesta es "No" o "Prefiero no responder" pase a la pregunta 6.)  Sí, falté a mis citas <br> **29**  No, no falte a ninguna de mis citas  No, no tuve ninguna cita médica programada  No sé/ No estoy seguro

5 - ¿Cuál es la razón principal por la que faltó a las citas con su proveedor de atención médica?  Cancelaron mi cita debido a la pandemia por COVID-19 **30**  Tuve síntomas de COVID-19 así que no asistí  Me sentía bien, no era necesario ir  No tenía dinero ni plan médico  Inconveniente por razón de lugar/hora etc.  Olvidé mi cita /Falté a mi cita <br>  Me faltaron el respeto personal de la oficina o el equipo médico  No pude atender mi cita por telemedicina  No tenía transportación <br>  Pospuse mi cita hasta que fuera seguro ir  Otro

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_ **31**

6 - Debido a la pandemia por Covid-19, ¿tuvo dificultad para tomar sus medicamentos?  Sí, no pude obtener resurtido de mis medicamentos en la farmacia **32**  Sí, no obtuve mi resurtido en la farmacia porque estaba preocupado por el distanciamiento social / la interacción con otros / la exposición al coronavirus.  Sí, tengo mis medicamentos pero olvidé tomarlos

Sí, ya no puedo pagar por mis medicamentos debido a que perdí mi empleo o seguro médico.

No

No sé/ No estoy seguro

Prefiero no contestar

7 - **HISTORIAL DE INFECCION POR COVID-19, RIESGOS Y EXPOSICION**  
*Entrevistador (Lea en voz alta): Le preguntaremos acerca de cualquier historial de síntomas por Covid-19, pruebas y condiciones de salud en su familia. ¿Piensa que ha tenido COVID-19 en algún momento?*

Sí- Resulté positivo via diagnostico o examen de anticuerpos  **33**

Sí- Pero no me he realizado el examen

No

No sé/ No estoy seguro

7 - **Historial de infección por COVID-19, riesgo y exposición**  
*Entrevistador (Lea en voz alta): Ahora le preguntaremos sobre cualquier historial de síntomas de COVID-19, pruebas de diagnóstico y condiciones de salud en su núcleo familiar. ¿Ha tenido síntomas de COVID-19 en algún momento desde Noviembre 2019?*

Sí-He tenido síntomas.  **34**

No-No he tenido síntomas.

No sé/ No estoy seguro

Note to interviewer: diagnostic tests are usually collected through swabs in the nose, mouth, and throat and antibody tests are usually blood tests.

8 - Ha recibido una prueba de diagnóstico de COVID-19 anteriormente?  
*Una prueba de diagnóstico de Covid-19 se realiza usualmente con un hisopo en la nariz, boca o garganta. (Si la respuesta es "Sí-arrojé positivo" pase a la pregunta 10. Si la respuesta es "Sí-Arrojé negativo" pase a la pregunta 16. Si la respuesta es "No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso" pase a la pregunta 16.)*

Sí- Resulté positivo a la prueba  **36**

Sí- Resulté negativo a la prueba

Nunca me he realizado la prueba

No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso.

9 - ¿Cuáles fueron las razones por las que no se hizo una prueba de diagnóstico de COVID-19? (Marque todo lo que corresponda)

Sí  **37**

No

Seguro medico/no pude pagar la prueba

Miedo al examen  **38**

---

No

---

Miedo al resultado de la prueba

Sí  39  
No

---

No sabía donde podía realizarme la prueba

Sí  40  
No

---

No tenía razón para realizarme la prueba

Sí  41  
No

---

Estaba seguro(a) que había tenido Covid-19 (Tuve síntomas o estuve expuesto(a))

Sí  42  
No

---

El CDC recomendó no realizarse la prueba si tenía/tiene síntomas leves

Sí  43  
No

---

La prueba no estaba disponible en el lugar donde vivo

Sí  44  
No

---

Estuve en cuarentena/asilamiento social

Sí  45  
No

---

Estuve evitando centros de salud

Sí  46  
No

---

10 - *Note to interviewer: Skip question 10 - question 15 if participant has never had a COVID-19 diagnostic test.*  
*¿Cuál fue la fecha en que le diagnosticaron positivo a Covid-19?*

47

13 - ¿Cuántos días tomó para que usted recibiera sus resultados?

Fixed Unit: days **48**

11 - ¿Ha dado positivo por COVID-19 a través de una prueba de diagnóstico más de una vez?

Sí  **49**  
No   
Prefiero no contestar

12 - ¿Usted busco atención médica luego de haber dado positivo a COVID-19? (Si la respuesta es "No" o "Prefiero no responder" pase a la pregunta 16.)

Sí  **50**  
No   
Prefiero no contestar

16 - ¿Dónde recibió atención médica?

Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica  **51**  
Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica   
Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina   
Clinica o farmacia de la comunidad   
Cuidado urgente   
Sala de emergencias   
Hospital, no en la sala de emergencias   
Otro

13 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen)   
Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.

Sí  **52**  
No

Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica

Sí  **53**  
No

Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina

Sí  **54**  
No

---

Clinica o farmacia de la comunidad Sí  **55**  
No

---

Cuidado urgente Sí  **56**  
No

---

Sala de emergencias Sí  **57**  
No

---

Hospital, no en la sala de emergencias Sí  **58**  
No

---

Otro Sí  **59**  
No

---

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_ **60**

---

17 - ¿Cuántos días, después de haber dado positivo a Covid-19, pasaron antes de buscar ayuda médica? El mismo día  **61**  
1-2 días   
3-5 días   
Más de 5 días   
No sé/ No estoy seguro

---

14 - ¿Pasó al menos un día en el hospital después de haber dado positivo a Covid-19? (Si la respuesta es "No" o "Prefiero no responder", sigue a la pregunta 16.) Sí  **62**  
No   
Prefiero no contestar

---

15 - ¿Cuántas noches estuvo usted hospitalizado? 1-2 noches  **63**  
3-5 noches

Más de 5 noches   
No sé/ No estoy seguro

16 - ¿Se ha realizado una prueba de anticuerpos de COVID-19 anteriormente? Una prueba de anticuerpos es generalmente una muestra de sangre. (Si la respuesta es "Sí- arrojé negativo ó "Nunca me he realizado la prueba" ó "No se/No estoy seguro/resultado de prueba inconcluso) pase a la pregunta 18.)

Sí- Resulté positivo a la prueba  **64**  
Sí- Resulté negativo a la prueba   
Nunca me he realizado la prueba   
No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso.

17 - ¿Cuál es la fecha de la prueba de anticuerpos en la que resultó positivo(a)?

\_\_\_\_\_ **65**

22 - ¿Cuántos días tardó en recibir los resultados de su prueba de anticuerpos?

Fixed Unit: days **66**

18 - *Note to interviewer: only ask question 18 to people who tested positive for COVID-19 through diagnostic and/or antibody test.* ¿Experimentó alguna discriminación (como ser tratado mal, acosado, amenazado) por parte de alguien porque le diagnosticaron COVID-19 o tuvo una prueba de anticuerpos positiva?

Sí  **67**  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar   
No aplica

19 - En los pasados 14 días, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

Sí  **68**  
No

Fiebre o escalofríos

Tos con flema o mucosidad

Sí  **69**  
No

Tos seca sin flema ni mucosidad

Sí  **70**  
No

---

Dificultad para respirar	Sí <input type="checkbox"/> <b>71</b> No <input type="checkbox"/>
Fatiga/Sentirse cansado(a)	Sí <input type="checkbox"/> <b>72</b> No <input type="checkbox"/>
Dolores musculares o corporales	Sí <input type="checkbox"/> <b>73</b> No <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	Sí <input type="checkbox"/> <b>74</b> No <input type="checkbox"/>
Pérdida repentino del gusto/olfato	Sí <input type="checkbox"/> <b>75</b> No <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	Sí <input type="checkbox"/> <b>76</b> No <input type="checkbox"/>
Congestión o gotereo nasal	Sí <input type="checkbox"/> <b>77</b> No <input type="checkbox"/>
Nausea o vómito	Sí <input type="checkbox"/> <b>78</b> No <input type="checkbox"/>
Diarrea	Sí <input type="checkbox"/> <b>79</b> No <input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	Sí <input type="checkbox"/> <b>80</b>

---

No

20 - *Note to interviewer: Skip to question 23 if respondent says "No" to all symptoms.* ¿Está usted experimentando alguno de estos síntomas?

Sí  **81**

No

No sé/ No estoy seguro

26 - En los pasados 14 días, antes de presentar síntomas, ¿viajó dentro o fuera del país?

No  **82**

Sí, dentro del estado

Sí, fuera del estado

Sí, fuera del país

21 - Mientras experimentaba síntomas de COVID-19, ¿usted buscó atención médica? (Esto incluye realizarse la prueba de COVID-19) (Si la respuesta es "No" ó "No sé/No estoy seguro" pase a la pregunta 23.)

Sí  **83**

No

No sé/ No estoy seguro

28 - ¿Dónde recibió atención médica?

Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica  **84**

Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica

Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina

Clinica o farmacia de la comunidad

Cuidado urgente

Sala de emergencias

Hospital, no en la sala de emergencias

Otro

22 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen) Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.

Sí  **85**

No

Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica

Sí  **86**

No

Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina

Sí  87  
No

Clinica o farmacia de la comunidad

Sí  88  
No

Cuidado urgente

Sí  89  
No

Sala de emergencias

Sí  90  
No

Hospital, no en la sala de emergencias

Sí  91  
No

Otro

Sí  92  
No

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_

93

29 - ¿Cuántos días después de que comenzaron sus síntomas buscó atención médica por primera vez?

El mismo día  94  
1-2 días   
3-5 días   
Más de 5 días   
No sé/ No estoy seguro

---

23 - *Note to interviewer: If participant asks, recently refers to the last 2 months.*  
En el último mes, ¿ha interactuado en persona con alguien, o interactuado con alguien a mediante contacto físico directo, como tocar, abrazar o dar la mano, que recientemente dio positivo por COVID-19?

Sí  95  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

31 - Note to interviewer: Skip question 31 – question 32, if participant lives alone.  
¿Alguien en su hogar ha dado positivo por COVID-19?

Sí  96  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

24 - Nota al entrevistador: Omita las preguntas 24 y 25 si el participante vive sólo.  
¿Alguien en su hogar ha dado positivo por COVID-19 utilizando un hisopo nasal o una prueba de anticuerpos?

Sí  97  
No   
No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso

---

25 - En el último mes, ¿algún miembro de su hogar que no sea usted experimentó algún síntoma de COVID-19?

Sí  98  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO SOBRE COVID-19**  
Entrevistador (lea en voz alta): Nos gustaría preguntarle sobre su conocimiento, actitudes y comportamiento sobre COVID-19. Responda lo mejor que pueda.

---

26 - En una escala de 1 a 5, 1 es nunca, 3 es parte del tiempo y 5 es todo el tiempo, en los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia realizó las siguientes acciones?  
Usar mascarilla en público

Nunca  10  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Lavar sus manos con jabon y agua luego de llegar de un lugar público.

Nunca  10  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo

Todo el tiempo

---

Ver un proveedor de salud porque se sintió enfermo

Nunca  104  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Ver un proveedor de salud a pesar de sentirse saludable, debido a la preocupación por estar expuesto a Covid-19

Nunca  104  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Mantener una distancia de 6 pies entre usted y otras personas cuando está fuera de su casa

Nunca  104  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Desinfectar cualquier artículo que ingresa a la casa (es decir, paquetes, comestibles etc.)

Nunca  104  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Pasó tiempo en espacios públicos, reuniones y multitudes.

Nunca  104  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo

---

---

Todo el tiempo

---

Tener contacto físico con personas que podrían ser de alto riesgo (es decir, trabajadores esenciales, trabajadores de la salud, personas mayores, niños pequeños o estudiantes que se encuentran en un entorno institucional / grupal a diario o casi a diario).

Nunca  10  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Ir a restaurantes para cenar dentro

Nunca  10  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Ir a bares para recibir servicio en persona

Nunca  10  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Transportacion pública/Transporte pública

Nunca  11  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Aumentar la ingesta diaria de líquidos, electrolitos y vitaminas.

Nunca  11  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo

Todo el tiempo

---

Aumentar la ingesta diaria de medicamentos a base de hierbas o medicina natural.

Nunca  112  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Tomar un medicamento contra la malaria (hidroxicloroquina)

Nunca  113  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Asistir a servicios religiosos en interiores

Nunca  114  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

34 - ¿Conoce personalmente a alguien a quien le diagnosticaron COVID-19?

Sí  115  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar

---

35 - Conoce personalmente a alguien que haya fallecido en el 2020?  
(Si la respuesta no es "Sí", sigue a la próxima sección).

Sí  116  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar

---

36 - Esa persona, murió de Covid-19?

Sí  11  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar

---

37 - Desde marzo de 2020, ¿ha experimentado un aumento de la violencia física, como bofetadas, empujones, patadas, recibir puños y quemaduras por parte de su pareja o alguien de su hogar?

Sí  11  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar

---

38 - Desde marzo de 2020, ¿ha experimentado un aumento de la violencia verbal, como gritos y amenazas de violencia física e insultos, por parte de su pareja o alguien de su hogar?

Sí  11  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar

---

39 - Desde marzo de 2020, ¿ha experimentado un aumento de la violencia sexual, como comentarios sexuales no deseados, insinuaciones o coacción por parte de su pareja o alguien de su hogar?

Sí  12  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar

---

**IMPACTO COVID-19**  
  
Entrevistador (lea en voz alta): Nos gustaría preguntarle sobre el impacto que ha tenido COVID-19 en su vida diaria, su hogar y cómo se siente. Si ninguna experiencia se aplica a usted, responda con no aplicable. Algunas de estas preguntas pueden ser muy personales. Tenga la seguridad de que sus respuestas serán completamente confidenciales.

---

27 - ¿Experimentó alguna de las siguientes situaciones debido a la pandemia de COVID-19?  
Financiero  
Trabajar o estudiar desde casa

Sí  12  
No   
N/A

---

Cese de trabajo

Sí  12

---

No   
N/A

---

Reducción de jornada laboral

Sí  12  
No   
N/A

---

Preocupación por pago de renta/hipoteca

Sí  12  
No   
N/A

---

Pérdida personal financiera

Sí  12  
No   
N/A

---

Pérdida de vivienda

Sí  12  
No   
N/A

---

Obtener apoyo financiero de familiares, amigos, socios, una organización u otra persona.

Sí  12  
No   
N/A

---

Necesidad de articulos basicos como papel higienico, papel toalla, agua embotellada o jabón.

Sí  12  
No   
N/A

---

Emocional

Sí  13  
No   
N/A

---

Preocuparse por amigos, familiares, socios, etc.

---

Más ansioso de lo usual

Sí  13  
No   
N/A

---

Más deprimido de lo usual

Sí  13  
No   
N/A

---

Frustración o aburrimiento

Sí  13  
No   
N/A

---

Obtener apoyo emocional o social de la familia, los amigos, la pareja,  
un consejero u otra persona.

Sí  13  
No   
N/A

---

Soledad

Sí  13  
No   
N/A

---

Sentir que está contribuyendo al bien común al evitar que usted u  
otros contraigan COVID-19

Sí  13  
No   
N/A

---

---

Miedo a contraer Covid-19	Sí <input checked="" type="radio"/> 13 No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
Miedo a contagiar con Covid-19 a alguien mas	Sí <input checked="" type="radio"/> 13 No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
Confusión sobre qué es el COVID-19, cómo prevenirlo o por qué se necesita el distanciamiento físico / aislamiento / cuarentenas	Sí <input checked="" type="radio"/> 13 No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
<b>Interpersonal</b>    Cuidando a alguien en casa	Sí <input checked="" type="radio"/> 14 No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
Pasar más tiempo con su familia o seres queridos.	Sí <input checked="" type="radio"/> 14 No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
No poder recibir visitas	Sí <input checked="" type="radio"/> 14 No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
No poder visitar a familiares ancianos o enfermos porque no se les permitió visitas.	Sí <input checked="" type="radio"/> 14 No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>
No poder visitar seres queridos en prisión porque no se permitían visitas	Sí <input checked="" type="radio"/> 14 No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/>

---

No   
N/A

<b>Otro</b><br><br><br /><br /><br /><br /><br /><br />Cambiar a métodos de viaje alternativos (por ejemplo, conducir en lugar de volar, vehículo personal en lugar de transporte público, etc.)<br />

Sí  145  
No   
N/A

Excarcelado debido a COVID-19 (reducción del tiempo de cárcel)

Sí  145  
No   
N/A

41 - Que cambios, si alguno, ha notado con respecto a su patrón de sueño normal a causa de la pandemia de COVID-19?

Duermo mucho más  147  
Duermo más   
No han habido cambios   
Duermo menos   
Duermo mucho menos

42 - ¿Qué cambios, si alguno, ha notado con respecto a su actividad sexual durante la pandemia por COVID-19?

Muchos más encuentros sexuales  148  
Más encuentros sexuales   
No han habido cambios   
Menos encuentros sexuales   
Mucho menos encuentros sexuales

43 - ¿Qué cambios, si alguno, ha notado con respecto a sus hábitos de viaje durante la pandemia por COVID-19?

Viajo mucho más  149  
Viajo más   
No han habido cambios   
Viajo menos   
Viajo mucho menos

---

28 - ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 6 meses? (Si responde "No" o "Prefiero no responder", omita la pregunta 29.)

- Sí  15  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

29 - ¿Qué cambios, si alguno, ha notado en relación a su consumo de alcohol durante la pandemia por Covid-19?

- Consumo mucho más  15  
Consumo más   
No han habido cambios   
Consumo menos   
Consumo mucho menos

---

30 - ¿Ha fumado tabaco (incluidos cigarrillos y cigarrillos electrónicos) en los últimos 6 meses? (Si responde "No" o "Prefiero no responder", omita la pregunta 31.)

- Sí  15  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

31 - ¿Qué cambios, si alguno, ha notado con respecto a su uso de tabaco durante la pandemia de COVID-19?

- Consumo mucho más  15  
Consumo más   
No han habido cambios   
Consumo menos   
Consumo mucho menos

---

48 - ¿Ha fumado o vapeado cannabis / marihuana en los últimos 6 meses? (Si responde "No" o "Prefiero no responder", omita la pregunta 49.)

- Sí  15  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

49 - ¿Qué cambios, si alguno, ha notado con respecto a su uso de cannabis / marihuana durante la pandemia de COVID-19?

- Consumo mucho más  15  
Consumo más   
No han habido cambios   
Consumo menos   
Consumo mucho menos

---

50 - ¿Ha usado opioides como heroína, fentanil o analgésicos en los últimos 6 meses? (Si responde "No" o "Prefiero no responder", omita la pregunta 51.)

Sí  15  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

51 - ¿Qué cambios, si los hay, ha notado con respecto al uso de estas sustancias durante la pandemia de COVID-19?

Consumo mucho más  15  
Consumo más   
No han habido cambios   
Consumo menos   
Consumo mucho menos

---

52 - ¿Ha consumido otras sustancias como cocaína, metanfetamina, LSD o esteroides en los últimos 6 meses? (Si la respuesta es "No" o "Prefiero no responder", omita la pregunta 53.)

Sí  15  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

53 - ¿Qué cambios, si los hay, ha notado con respecto al uso de estas sustancias durante la pandemia de COVID-19?

Consumo mucho más  15  
Consumo más   
No han habido cambios   
Consumo menos   
Consumo mucho menos

---

**DISPOSICIÓN PARA PARTICIPAR EN EL ENSAYO DE VACUNA COVID-19**  
Entrevistador (leer en voz alta): Gracias por las respuestas hasta ahora. Ahora vamos a preguntarle sobre su experiencia y su voluntad de participar en un ensayo de vacuna y obtener una vacuna COVID-19 en el futuro.

---

54 - ¿Ha participado en estudios clínicos de vacuna anteriormente?

Sí  16  
No

---

55 - En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy poco probable, 3 neutral y 5 muy probable, ¿qué probabilidades hay de que se inscriba en un ensayo de la vacuna COVID-19 en el futuro?

Muy poco probable  16  
Poco probable   
Neutral

Probable   
Muy probable

32 - En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy poco probable, 3 neutral y 5 muy probable, ¿qué probabilidades hay de que se inscriba en un ensayo de la vacuna COVID-19 en el futuro?

Muy poco probable  16  
Poco probable   
Neutral   
Probable   
Muy probable   
Ya he participado un estudio clínico de COVID-19.

Si usted ha participado en un estudio clínico de vacuna contra COVID-19, ¿donde recibió su primera dosis?

16

56 - En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy poco probable, 3 neutra y 5 muy probable, ¿cuál es la probabilidad de que reciba una vacuna COVID-19 aprobada en el futuro?<br>

Muy poco probable  16  
Poco probable   
Neutral   
Probable   
Muy probable

33 - En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy poco probable, 3 neutral y 5 muy probable; ¿Que tan probable es que usted reciba una vacuna aprobada contra Covid-19 en el futuro?

Muy poco probable  16  
Poco probable   
Neutral   
Probable   
Muy probable   
Recibí una vacuna aprobada contra COVID-19.

33 - Si usted ha recibido una vacuna aprobada contra COVID-19, donde recibio su primera dosis.

16

Entrevistador (lea en voz alta): Gracias por tomarse el tiempo para participar en nuestro estudio y completar este cuestionario. Las respuestas que proporcionó son extremadamente valiosas. ¿Tiene alguna pregunta para nosotros?

Did the participant finish the questionnaire?

Sí  16  
No

---

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① QSDAT	dd MMM yyyy	Date of questionnaire administration			QSDAT
② COMP	1	Questionnaire completed by		1 = Participant is completing the questionnaire for themselves 2 = Legally authorized representative is completing this questionnaire on behalf of another person	
⑤ FLUVAC	1	Flu vaccine		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	FLUVAC
⑥ ASTH	\$1	Asthma		Y = Sí N = No	ASTH
⑦ CLD	\$1	Other lung disease		Y = Sí N = No	CLD
⑧ HD	\$1	Heart disease		Y = Sí N = No	HD
⑨ HYP	\$1	Hypertension		Y = Sí N = No	HYP

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Questionnaire-Adult  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
10 CAYR	\$1	Cancer chemotherapy in the last 12 months		Y = Sí N = No	CAYR
11 IMMUN	\$1	Immunosuppression		Y = Sí N = No	IMMUN
12 HIV	\$1	HIV		Y = Sí N = No	HIV
13 DIAB	\$1	Diabetes		Y = Sí N = No	DIAB
14 KDRD	\$1	Kidney or renal disease		Y = Sí N = No	KDRD
15 LIVD	\$1	Liver Disease		Y = Sí N = No	LIVD
16 SCD	\$1	Sickle cell disease		Y = Sí N = No	SCD
17 OBES	\$1	Obesity		Y = Sí N = No	OBES
18 MH	\$1	Mental health condition		Y = Sí N = No	MH
19 SUBABU	\$1	Substance abuse		Y = Sí N = No	SUBABU
20 MCOTH	\$1	Other medical conditions		Y = Sí N = No	MCOTH

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
21 MCOTHSP	\$200	Medical conditions other specify			MCOTHSP
22 PHYSD	\$1	Physical disability		Y = Sí N = No	PHYSD
23 MENTD	\$1	Mental disability		Y = Sí N = No	MENTD
24 EMOD	\$1	Emotional disability		Y = Sí N = No	EMOD
25 DISNONE	\$1	None of the disabilities		Y = Sí N = No	DISNONE
26 DISPNA	\$1	Prefer not to answer disabilities		Y = Sí N = No	DISPNA
27 PREG	1	Currently pregnant		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar 5 = No aplica	PREG
28 MCVIS	\$1	Requires visits		Y = Sí N = No	MCVIS
29 HCMIS	1	Appointments		1 = Sí, falté a mis citas 2 = No, no falte a ninguna de mis citas	HCMIS

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				3 = No, no tuve ninguna cita medica programada 4 = No sé/ No estoy seguro	
<b>30</b> MREAS	2	Missed appointments reasons		1 = Cancelaron mi cita debido a la pandemia por COVID-19 2 = Tuve síntomas de COVID-19 así que no asistí 3 = Me sentía bien, no era necesario ir 4 = No tenía dinero ni plan médico 5 = Inconveniente por razón de lugar/ hora etc. 6 = Olvidé mi cita /Falté a mi cita 7 = Me faltaron el respeto personal de la oficina o el equipo medico 8 = No pude atender mi cita por telemedicina 9 = No tenía transportación	MREAS

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				10 = Pospuse mi cita hasta que fuera seguro ir 99 = Otro	
31 MREASOSP	\$200	Missed appointments other specify			MREASOSP
32 NOMED	1	Missed medication		1 = Sí, no pude obtener resurtido de mis medicamentos en la farmacia 2 = Sí, no obtuve mi resurtido en la farmacia porque estaba preocupado por el distanciamient o social / la interacción con otros / la exposición al coronavirus. 3 = Sí, tengo mis medicamentos pero olvidé tomarlos 4 = Sí, ya no puedo pagar por mis medicamentos debido a que perdí mi empleo o seguro médico.	NOMED

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				5 = No 6 = No sé/ No estoy seguro 7 = Prefiero no contestar	
<b>33</b> COVTHNK	1	Think you had covid		1 = Sí- Resulté COVTHNK positivo via diagnostico o examen de anticuerpos 2 = Sí- Pero no me he realizado el examen 3 = No 4 = No sé/ No estoy seguro	
<b>34</b> HAVSYMP	1	Had covid symptoms		1 = Sí-He tenido síntomas. 2 = No-No he tenido síntomas. 3 = No sé/ No estoy seguro	HAVSYMP
<b>36</b> COVDXYN	1	Previous covid test		1 = Sí- Resulté COVDXYN positivo a la prueba 2 = Sí- Resulté negativo a la prueba 3 = Nunca me he realizado la prueba 4 = No se/No estoy seguro/Resulta do de prueba inconcluso.	

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
37 NDINS	\$1	No diagnostic insurance		Y = Sí N = No	NDINS
38 NDFT	\$1	No diagnostic fear of test		Y = Sí N = No	NDFT
39 NDFR	\$1	No diagnostic fear of results		Y = Sí N = No	NDFR
40 NDDK	\$1	No diagnostic do not know		Y = Sí N = No	NDDK
41 NDDN	\$1	No diagnostic do not need		Y = Sí N = No	NDDN
42 NAN	\$1	No diagnostic symptomatic		Y = Sí N = No	NAN
43 NDCDC	\$1	No diagnostic CDC		Y = Sí N = No	NDCDC
44 NDNA	\$1	No diagnostic available		Y = Sí N = No	NDNA
45 NDSD	\$1	No diagnostic quarantine		Y = Sí N = No	NDSD
46 NDNHC	\$1	No diagnostic facilities		Y = Sí N = No	NDNHC
47 DXDAT	dd- MMM yyyy	Positive covid test date			DXDAT

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
48 DXDAYS	3	Days until covid results			DXDAYS
49 PREPOS	1	Covid positive more than once		1 = Sí 2 = No 3 = Prefiero no contestar	PREPOS
50 PCDX	1	Sought care for covid		1 = Sí 2 = No 3 = Prefiero no contestar	PCDX
51 HCLOC	2	Healthcare location		1 = Visitó a su HCLOC médico primario o alguna otra oficina médica 2 = Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica 3 = Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina 4 = Clinica o farmacia de la comunidad 5 = Cuidado urgente 6 = Sala de emergencias 7 = Hospital, no en la sala de emergencias 99 = Otro	

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
52 HCLOCPC	\$1	Doctor office after test		Y = Sí N = No	HCLOCPC
53 HCLOCPH	\$1	Doctor telephone call after test		Y = Sí N = No	HCLOCPH
54 HCLOCTEL	\$1	Telemedicine after test		Y = Sí N = No	HCLOCTEL
55 HCLOCRC	\$1	Retail clinic pharmacy after test		Y = Sí N = No	HCLOCRC
56 HCLOCUC	\$1	Urgent care after test		Y = Sí N = No	HCLOCUC
57 HCLOCER	\$1	Emergency room after test		Y = Sí N = No	HCLOCER
58 HCLOCHSP	\$1	Hospital, not ER after test		Y = Sí N = No	HCLOCHSP
59 HCLOCOTH	\$1	Other healthcare location after test		Y = Sí N = No	HCLOCOTH
60 HCLOCOSP	\$200	Healthcare location other			HCLOCOSP
61 COVDAC	1	Days after testing		1 = El mismo día 2 = 1-2 días 3 = 3-5 días	COVDAC

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				4 = Más de 5 días 5 = No sé/ No estoy seguro	
62 HCON	1	One night hospitalization		1 = Sí 2 = No 3 = Prefiero no contestar	HCON
63 HCHOSPD	1	Nights hospitalized		1 = 1-2 noches 2 = 3-5 noches 3 = Más de 5 noches 4 = No sé/ No estoy seguro	HCHOSPD
64 PABT	1	Previous covid AB test		1 = Sí- Resulté positivo a la prueba 2 = Sí- Resulté negativo a la prueba 3 = Nunca me he realizado la prueba 4 = No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso.	
65 ABDAT	dd- MMM yyyy	AB test date			ABDAT
66 ABDAYS	3	Days until AB result			ABDAYS

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
67 HARAS	1	Covid discrimination		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar 5 = No aplica	HARAS
68 SMPFEV	\$1	Fever or chills		Y = Sí N = No	SMPFEV
69 SMPCP	\$1	Cough with phlegm or mucus		Y = Sí N = No	SMPCP
70 SMPDC	\$1	Dry cough with no phlegm or mucus		Y = Sí N = No	SMPDC
71 SMPSOB	\$1	Shortness of breath or difficulty breathing		Y = Sí N = No	SMPSOB
72 SMPFAT	\$1	Fatigue		Y = Sí N = No	SMPFAT
73 SMPMA	\$1	Muscle or body aches		Y = Sí N = No	SMPMA
74 SMPHA	\$1	Headache		Y = Sí N = No	SMPHA
75 SMPLS	\$1	Sudden loss of taste or smell		Y = Sí N = No	SMPLS

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Questionnaire-Adult  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
<b>76</b> SMPST	\$1	Sore throat		Y = Sí N = No	SMPST
<b>77</b> SMPCRN	\$1	Congestion or runny nose		Y = Sí N = No	SMPCRN
<b>78</b> SMPNV	\$1	Nausea or vomiting		Y = Sí N = No	SMPNV
<b>79</b> SMPDH	\$1	Diarrhea		Y = Sí N = No	SMPDH
<b>80</b> SMPABD	\$1	Abdominal pain		Y = Sí N = No	SMPABD
<b>81</b> SMEXP	1	Symptoms currently		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMEXP
<b>82</b> SMTRAV	1	Travel symptoms prior		1 = No 2 = Sí, dentro del estado 3 = Sí, fuera del estado 4 = Sí, fuera del país	SMTRAV
<b>83</b> SMHC	1	Seek healthcare		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMHC

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
84 SMLOC	2	Medical care location		1 = Visitó a su SMLOC médico primario o alguna otra oficina médica 2 = Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica 3 = Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina 4 = Clinica o farmacia de la comunidad 5 = Cuidado urgente 6 = Sala de emergencias 7 = Hospital, no en la sala de emergencias 99 = Otro	
85 SMLOCPC	\$1	Doctor office after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCPC
86 SMLOCPH	\$1	Doctor telephone call after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCPH
87 SMLOCTEL	\$1	Telemedicine after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCTEL

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
88 SMLOCRC	\$1	Retail clinic pharmacy after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCRC
89 SMLOCUC	\$1	Urgent care after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCUC
90 SMLOCER	\$1	Emergency room after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCER
91 SMLOCHSP	\$1	Hospital, not ER after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCHSP
92 SMLOCOTH	\$1	Other healthcare location after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCOTH
93 SMLOCOSP	\$200	Other care location			SMLOCOSP
94 SMDAYS	1	Days medical care symptoms		1 = El mismo día 2 = 1-2 días 3 = 3-5 días 4 = Más de 5 días 5 = No sé/ No estoy seguro	SMDAYS
95 SMPCON	1	Covid contact		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMPCON

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
96 COVHOUSYN	1	Household positive coronavirus		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	COVHOUSYN
97 COVHSYN	1	Household positive coronavirus		1 = Sí 2 = No 3 = No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso	COVHSYN
98 COVPSTMO	1	Past month covid interaction		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	COVPSTMO
100 MASK	1	Wearing a face mask in public		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	MASK
101 HANDWSH	1	Washing your hands with soap or using hand sanitizer frequently		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	HANDWSH
102 HCPSICK	1	Seeing a health care provider if you feel sick		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo	HCPSICK

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	
103 HCPEXP	1	Seeing a health care provider if you feel healthy but worry about that you were exposed		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	HCPEXP
104 SIXFT	1	Six feet social distance		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	SIXFT
105 SANIT	1	Sanitizing any items coming into the house		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	SANIT
106 PUBSPC	1	Time spent in public		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	PUBSPC

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
<b>107</b> PHYSCON	1	High risk contact		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	PHYSCON
<b>108</b> RESTAUR	1	Restaurants		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	RESTAUR
<b>109</b> BARS	1	Bars		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	BARS
<b>110</b> PUBTRANS	1	Public transportation		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	PUBTRANS
<b>111</b> VITAMIN	1	Vitamins and fluids		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo	VITAMIN

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				5 = Todo el tiempo	
112 INHERBAL	1	Herbal medicine		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	INHERBAL
113 HCQ	1	Anti-malarial		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	HCQ
114 RELIG	1	Religion		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	RELIG
115 COVKNW	1	Know someone who was diagnosed with COVID-19		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	COVKNW
116 KNWD	1	Know someone who has died		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	KNWD

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				4 = Prefiero no contestar	
117 COVDTH	1	Know someone who died from COVID-19		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	COVDTH
118 PHYSVIO	1	Physical violence		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	PHYSVIO
119 VERBVIO	1	Verbal violence		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	VERBVIO
120 SEXVIO	1	Sexual violence		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	SEXVIO
121 WFH	\$2	Working or studying from home		Y = Sí N = No NA = N/A	WFH
122 NWRK	\$2	Not working		Y = Sí N = No NA = N/A	NWRK

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
124 REDHR	\$2	Reduced work hours		Y = Sí N = No NA = N/A	REDHR
125 WRENT	\$2	Worrying about paying rent/mortgage		Y = Sí N = No NA = N/A	WRENT
126 PFL	\$2	Personal financial loss		Y = Sí N = No NA = N/A	PFL
127 LHOUSE	\$2	Loss of housing		Y = Sí N = No NA = N/A	LHOUSE
128 FINSUP	\$2	Financial support		Y = Sí N = No NA = N/A	FINSUP
129 NEBASIC	\$2	Not enough basics		Y = Sí N = No NA = N/A	NEBASIC
130 WFAM	\$2	Worrying		Y = Sí N = No NA = N/A	WFAM
131 ANX	\$2	Anxiety		Y = Sí N = No NA = N/A	ANX
132 DEPRESS	\$2	Depression		Y = Sí N = No NA = N/A	DEPRESS

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
133 BORED	\$2	Frustration		Y = Sí N = No NA = N/A	BORED
134 EMSUP	\$2	Emotional support		Y = Sí N = No NA = N/A	EMSUP
135 LONE	\$2	Loneliness		Y = Sí N = No NA = N/A	LONE
136 GGOOD	\$2	Greater good		Y = Sí N = No NA = N/A	GGOOD
137 GETCOV	\$2	Fear of getting covid		Y = Sí N = No NA = N/A	GETCOV
138 GIVCOV	\$2	Fear of giving covid		Y = Sí N = No NA = N/A	GIVCOV
139 CONFUS	\$2	Confusion		Y = Sí N = No NA = N/A	CONFUS
140 CARHM	\$2	Caring for someone		Y = Sí N = No NA = N/A	CARHM
141 MOFAM	\$2	More time with family		Y = Sí N = No NA = N/A	MOFAM

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
142 NOVIS	\$2	No visitors		Y = Sí N = No NA = N/A	NOVIS
143 NOVSICK	\$2	No visiting the sick		Y = Sí N = No NA = N/A	NOVSICK
144 NOVINC	\$2	No visiting the incarcerated		Y = Sí N = No NA = N/A	NOVINC
145 ALT	\$2	Alternative travel		Y = Sí N = No NA = N/A	ALT
146 ERELS	\$2	Early release		Y = Sí N = No NA = N/A	ERELS
147 SLEEP	1	Sleep		1 = Duermo mucho más 2 = Duermo más 3 = No han habido cambios 4 = Duermo menos 5 = Duermo mucho menos	SLEEP
148 SEXACT	1	Sexual activity		1 = Muchos más encuentros sexuales 2 = Más encuentros sexuales	SEXACT

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				3 = No han habido cambios 4 = Menos encuentros sexuales 5 = Mucho menos encuentros sexuales	
149 TRAVHAB	1	Travel habits		1 = Viajo mucho más 2 = Viajo más 3 = No han habido cambios 4 = Viajo menos 5 = Viajo mucho menos	TRAVHAB
150 SMETOH	1	Past 6 month drink		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMETOH
151 ETOH	1	Drinking habits		1 = Consumo mucho más 2 = Consumo más 3 = No han habido cambios 4 = Consumo menos 5 = Consumo mucho menos	ETOH
152 SMTOB	1	Past 6 month tobacco		1 = Sí 2 = No	SMTOB

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				3 = No sé/ No estoy seguro	
153 TOB	1	Tobacco habits		1 = Consumo mucho más 2 = Consumo más 3 = No han habido cambios 4 = Consumo menos 5 = Consumo mucho menos	TOB
154 SMCAN	1	Past 6 months cannabis		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMCAN
155 CAN	1	Cannabis habits		1 = Consumo mucho más 2 = Consumo más 3 = No han habido cambios 4 = Consumo menos 5 = Consumo mucho menos	CAN
156 SMOP	1	Past 6 months opioids		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMOP
157 OPIOID	1	Opioids habits		1 = Consumo mucho más 2 = Consumo más	OPIOID

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				3 = No han habido cambios 4 = Consumo menos 5 = Consumo mucho menos	
153 SMOTHER	1	Past 6 months other		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMOTHER
154 OTHSUB	1	Other substances habits		1 = Consumo mucho más 2 = Consumo más 3 = No han habido cambios 4 = Consumo menos 5 = Consumo mucho menos	OTHSUB
161 TRIPART	\$1	Trial participation		Y = Sí N = No	TRIPART
162 TRIENR	1	Enroll in trial		1 = Muy poco probable 2 = Poco probable 3 = Neutral 4 = Probable 5 = Muy probable	TRIENR
163 TRIALAD	1	Enroll in trial		1 = Muy poco probable 2 = Poco probable	TRIALAD

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-Adult  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				3 = Neutral 4 = Probable 5 = Muy probable 6 = Ya he participado un estudio clinico de COVID-19.	
164 TRIDAT	dd- MMM yyyy	First dose vaccine trial			TRIDAT
163 VACC	1	Approved vaccine		1 = Muy poco probable 2 = Poco probable 3 = Neutral 4 = Probable 5 = Muy probable	VACC
164 VACCAD	1	Approved vaccine		1 = Muy poco probable 2 = Poco probable 3 = Neutral 4 = Probable 5 = Muy probable 6 = Recibí una vacuna aprobada contra COVID-19.	VACCAD
167 VACCDAT	dd- MMM yyyy	First dose approved vaccine			VACCDAT
164 QSFIN	\$1	Finished questionnaire		Y = Sí N = No	QSFIN

Date of questionnaire administration \_\_\_\_\_

1

Guia del Entrevistador (leer en voz alta): Estamos realizando este estudio para estimar el numero de personas que tienen o han tenido SARS-CoV-2 o Coronovarius en Estados Unidos para comprender mejor como la pandemia de COVID-19 afecto la vida de las personas.

Le tomara acerca de 15 minutos completar el cuestionario. Su participacion es completamente voluntaria y protegeremos las contestaciones que nos brinde.

Tiene alguna pregunta antes de comenzar?

HISTORIAL MEDICO:

Guia del Entrevistador (leer en voz alta): Ahora le preguntaremos acerca de sus condiciones de salud y en como posiblemente hayan sido afectadas por la pandemia por COVID-19. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda. Recuerde que puede preguntarle a su padre o tutor legal para que le ayude a contestar estas preguntas.

1 - Usted recibió vacuna contra la influenza durante la temporada de influenza en el 2019-2020?

Sí  4

No

No sé/ No estoy seguro

1 - Ha sido usted diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones de salud? (Marque todas las que apliquen)

Sí  5

No

Asma

Otra enfermedad pulmonar crónica

Sí  6

No

Cardiopatía/Enfermedad del corazón

Sí  7

No

Hipertensión/Alta Presión

Sí  8

No

---

Quimioterapia para tratar cancer en los últimos 12 meses	Sí <input type="checkbox"/> <b>9</b> No <input type="checkbox"/>
Otras condiciones inmunosupresoras	Sí <input type="checkbox"/> <b>10</b> No <input type="checkbox"/>
VIH	Sí <input type="checkbox"/> <b>11</b> No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> <b>12</b> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	Sí <input type="checkbox"/> <b>13</b> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad del hígado	Sí <input type="checkbox"/> <b>14</b> No <input type="checkbox"/>
Anemia de celulas falciformes	Sí <input type="checkbox"/> <b>15</b> No <input type="checkbox"/>
Obesidad	Sí <input type="checkbox"/> <b>16</b> No <input type="checkbox"/>
Condición de salud mental	Sí <input type="checkbox"/> <b>17</b> No <input type="checkbox"/>
Otras condiciones de salud no mencionadas anteriormente	Sí <input type="checkbox"/> <b>18</b>

---

No

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_

**19**

2 - ¿Tiene alguna limitación en sus actividades diarias debido a una discapacidad física, mental o emocional? (Marque todas las que apliquen)

Sí  **20**  
No

Discapacidad física

Discapacidad mental

Sí  **21**  
No

Discapacidad emocional

Sí  **22**  
No

Ninguna de las anteriores

Sí  **23**  
No

Prefiero no responder

Sí  **24**  
No

3 - Tiene usted alguna condición de salud que requiere medicamentos o visitas de rutina con su doctor? (Si la respuesta es "No", sigue a la próxima sección)

Sí  **25**  
No

4 - Debido a la pandemia por COVID-19, ¿se le dificultó o le resultó imposible atender citas previamente programadas con su proveedor de salud? (Si la respuesta es "No" o "Prefiero no responder" pase a la pregunta 6.)

Sí, falté a mis citas  **26**  
No, no falte a ninguna de mis citas   
No, no tuve ninguna cita médica programada   
No sé/ No estoy seguro

5 - ¿Cuál es la razón principal por la que faltó a las citas con su proveedor de atención médica?

- Cancelarón mi cita debido a la pandemia por COVID-19  27
- Tuve síntomas de COVID-19 así que no asistí
- Me sentía bien, no era necesario ir
- No tenía dinero ni plan médico
- Inconveniente por razón de lugar/hora etc.
- Olvidé mi cita /Falté a mi cita
- Me faltaron el respeto personal de la oficina o el equipo médico
- No pude atender mi cita por telemedicina
- No tenía transportación
- Pospuse mi cita hasta que fuera seguro ir
- Otro

Si "Otras" por favor especifique:

6 - Debido a la pandemia por Covid-19, tuvo dificultad para tomar sus medicamentos?

- Sí, mi padre no pudieron obtener el resurtido de la farmacia.  29
- Sí, mi padre no pudieron obtener el resurtido de la farmacia porque estábamos preocupados por el distanciamiento social, interacción con otros o la exposición al coronavirus.
- Sí, tengo mi medicamento, pero me olvidé tomarlo.
- Sí, mi padre no pudo pagar porque perdió empleo o seguro médico.
- No
- No sé/ No estoy seguro
- Prefiero no contestar

8 - **HISTORIAL DE INFECCION POR COVID-19, RIESGOS Y EXPOSICION:**   
Entrevistador (leer en voz alta): Ahora le preguntaremos sobre cualquier historial de síntomas, pruebas y enfermedades de COVID-19 en usted o en su núcleo familiar.   
¿Cree que haya tenido COVID-19?

- Sí- Resulté positivo vía diagnóstico o examen de anticuerpos  30
- Sí- Pero no me he realizado el examen
- No

No sé/ No estoy seguro

7 - **Historial de infección por COVID-19, riesgo y exposición**  
</b><br><br><br><i>.Entrevistador (Lea en voz alta): Ahora le preguntaremos sobre cualquier historial de síntomas de COVID-19, pruebas de diagnóstico y condiciones de salud en su núcleo familiar.</i><br><br><br><br>. ¿Ha tenido síntomas de COVID-19 en algún momento desde Noviembre 2019?

Sí-He tenido síntomas.  **31**  
No-No he tenido síntomas.   
No sé/ No estoy seguro

Note to interviewer: diagnostic tests are usually collected through swabs in the nose, mouth, and throat and antibody tests are usually blood tests.

8 - Ha recibido una prueba de diagnóstico de COVID-19 anteriormente?  
Una prueba de diagnóstico de Covid-19 se realiza usualmente con un hisopo en la nariz, boca o garganta. (Si la respuesta es "Sí-arrojé positivo" pase a la pregunta 10. Si la respuesta es "Sí-Arojé negativo" pase a la pregunta 16. Si la respuesta es "No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso" pase a la pregunta 16.)

Sí- Resulté positivo a la prueba  **33**  
Sí- Resulté negativo a la prueba   
Nunca me he realizado la prueba   
No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso.

9 - ¿Cuáles fueron las razones por las que no se hizo una prueba de diagnóstico de COVID-19? (Marque todo lo que corresponda)

Sí  **34**  
No

Seguro médico/no pude pagar la prueba

Miedo al examen

Sí  **35**  
No

Miedo al resultado de la prueba

Sí  **36**  
No

No sabía donde podía realizarme la prueba

Sí  **37**  
No

No tenía razón para realizarme la prueba

Sí  **38**

---

No

---

Estaba seguro(a) que había tenido Covid-19 (Tuve síntomas o estuve expuesto(a))

Sí  39  
No

---

El CDC recomendó no realizarse la prueba si tenía/tiene síntomas leves

Sí  40  
No

---

La prueba no estaba disponible en el lugar donde vivo

Sí  41  
No

---

Estuve en cuarentena/asilamiento social

Sí  42  
No

---

Estuve evitando centros de salud

Sí  43  
No

---

10 - *Note to interviewer: Skip question 10 - question 15 if participant has never had a COVID-19 diagnostic test.*  
¿Cuál fue la fecha en que le diagnosticaron positivo a Covid-19? \_\_\_\_\_

44

---

12 - Cuantos días tomó para que usted recibiera sus resultados?

Fixed Unit: days 45

---

11 - ¿Ha dado positivo por COVID-19 a través de una prueba de diagnóstico más de una vez?

Sí  46  
No   
Prefiero no contestar

12 - ¿Usted busco atención médica luego de haber dado positivo a COVID-19? (Si la respuesta es "No" o "Prefiero no responder" pase a la pregunta 16.)

Sí  47  
No   
Prefiero no contestar

15 - ¿Dónde recibió atención médica?

Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica  48  
Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica   
Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina   
Clínica o farmacia de la comunidad   
Cuidado urgente   
Sala de emergencias   
Hospital, no en la sala de emergencias   
Otro

13 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen)   
Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.

Sí  49  
No

Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica

Sí  50  
No

Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina

Sí  51  
No

Clinica o farmacia de la comunidad

Sí  52  
No

Cuidado urgente

Sí  53  
No

---

Sala de emergencias Sí  **54**  
No

---

Hospital, no en la sala de emergencias Sí  **55**  
No

---

Otro Sí  **56**  
No

---

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_ **57**

---

16 - Cuantos días, después de haber dado positivo a Covid-19, pasaron antes de buscar ayuda médica? El mismo día  **58**  
1-2 días   
3-5 días   
Más de 5 días   
No sé/ No estoy seguro

---

14 - ¿Pasó al menos un día en el hospital despues de haber dado positivo a Covid-19? (Si la respuesta es "No" o "Prefiero no responder", sigue a la pregunta 16.) Sí  **59**  
No   
Prefiero no contestar

---

15 - Cuantas noches estuvo usted hospitalizado? 1-2 noches  **60**  
3-5 noches   
Más de 5 noches   
No sé/ No estoy seguro

---

16 - ¿Se ha realizado una prueba de anticuerpos de COVID-19 anteriormente? Una prueba de anticuerpos es generalmente una muestra de sangre. (Si la respuesta es "Sí- arrojé negativo ó "Nunca me he realizado la prueba" ó "No se/No estoy seguro/resultado de prueba inconcluso) pase a la pregunta 18.) Sí- Resulté positivo a la prueba  **61**  
Sí- Resulté negativo a la prueba   
Nunca me he realizado la prueba

No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso.

17 - Cuál es la fecha de la prueba de anticuerpos en la que resultó positivo (a)?

**62**

21 - Cuantos dias tardó en recibir los resultados de su prueba de anticuerpos?

Fixed Unit: days **63**

18 - *Note to interviewer: only ask question 18 to people who tested positive for COVID-19 through diagnostic and/or antibody test.* ¿Experimentó alguna discriminación (como ser tratado mal, acosado, amenazado) por parte de alguien porque le diagnosticaron COVID-19 o tuvo una prueba de anticuerpos positiva?

Sí  **64**  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar   
No aplica

19 - En los pasados 14 dias, tuvo algunos de los siguientes sintomas?

Sí  **65**  
No

Fiebre o escalofrios

Tos con flema o mucosidad

Sí  **66**  
No

Tos seca sin flema ni mucosidad

Sí  **67**  
No

Dificultad para respirar

Sí  **68**  
No

Fatiga/Sentirse cansado(a)

Sí  **69**  
No

---

Dolores musculares o corporales	Sí <input type="checkbox"/> <b>70</b> No <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--

---

Dolor de cabeza	Sí <input type="checkbox"/> <b>71</b> No <input type="checkbox"/>
-----------------	--

---

Pérdida repentino del gusto/olfato	Sí <input type="checkbox"/> <b>72</b> No <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--

---

Dolor de garganta	Sí <input type="checkbox"/> <b>73</b> No <input type="checkbox"/>
-------------------	--

---

Congestión o gotereo nasal	Sí <input type="checkbox"/> <b>74</b> No <input type="checkbox"/>
----------------------------	--

---

Nausea o vómito	Sí <input type="checkbox"/> <b>75</b> No <input type="checkbox"/>
-----------------	--

---

Diarrea	Sí <input type="checkbox"/> <b>76</b> No <input type="checkbox"/>
---------	--

---

Dolor abdominal	Sí <input type="checkbox"/> <b>77</b> No <input type="checkbox"/>
-----------------	--

---

20 - <i>Note to interviewer: Skip to question 23 if respondent says "No" to all symptoms.</i> ¿Está usted experimentando alguno de estos síntomas?	Sí <input type="checkbox"/> <b>78</b> No <input type="checkbox"/> No sé/ No estoy seguro <input type="checkbox"/>
---	---

---

25 - En los pasados 14 dias, antes de presentar sintomas, viajó dentro o fuera del país?

- No  **79**
- Sí, dentro del estado
- Sí, fuera del estado
- Sí, fuera del país

21 - Mientras experimentaba sintomas de COVID-19, ¿usted buscó atención médica? (Esto incluye realizarse la prueba de COVID-19) (Si la respuesta es "No" ó "No sé/No estoy seguro" pase a la pregunta 23.).

- Sí  **80**
- No
- No sé/ No estoy seguro

27 - ¿Dónde recibió atención médica?

- Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica  **81**
- Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica
- Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina
- Clinica o farmacia de la comunidad
- Cuidado urgente
- Sala de emergencias
- Hospital, no en la sala de emergencias
- Otro

22 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen)  
Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.

- Sí  **82**
- No

Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica

- Sí  **83**
- No

Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina

- Sí  **84**
- No

Retail clinic or pharmacy.

- Sí  **85**

---

No

---

Cuidado urgente

Sí  **86**  
No

---

Sala de emergencias

Sí  **87**  
No

---

Hospital, not in the emergency room.

Sí  **88**  
No

---

Otro

Sí  **89**  
No

---

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_

**90**

---

28 - Cuantos dias, después de haber experimentado sintomas, pasaron hasta que buscó atención médica?

El mismo día  **91**  
1-2 días   
3-5 días   
Más de 5 días   
No sé/ No estoy seguro

---

23 - "

Note to interviewer: If participant asks, recently refers to the last 2 months.

Sí  **92**  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

En el último mes, ¿ha interactuado en persona o mediante contacto físico directo, como tocarse, abrazarse o darse la mano, con alguien que recientemente dió positivo en la prueba de COVID-19?

---

---

30 - ¿Alguien en su hogar ha dado positivo por COVID-19?

Sí  93  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

24 - ¿Alguien en su hogar ha dado positivo por COVID-19 utilizando un hisopo nasal o una prueba de anticuerpos?

Sí  94  
No   
No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso

---

25 - En el último mes, ¿algún miembro de su hogar que no sea usted experimentó algún síntoma de COVID-19?

Sí  95  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

<b>CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO SOBRE COVID-19</b><br><br>Entrevistador (lea en voz alta): Nos gustaría preguntarle sobre su conocimiento, actitudes y comportamiento sobre COVID-19. Responda lo mejor que pueda.<br>

---

26 - En una escala de 1 a 5, 1 es nunca, 3 es parte del tiempo y 5 es todo el tiempo, en los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia realizó las siguientes acciones?

Usar mascarilla en publico

Nunca  97  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Lavar sus manos con jabon y agua luego de llegar de un lugar público.

Nunca  98  
Casi nunca   
Parte del tiempo   
Casi todo el tiempo   
Todo el tiempo

---

Ver un proveedor de salud porque se sintió enfermo

Nunca  99  
Casi nunca

---

- Parte del tiempo
  - Casi todo el tiempo
  - Todo el tiempo
- 

Pasó tiempo en espacios públicos, reuniones y multitudes.

- Nunca  10
  - Casi nunca
  - Parte del tiempo
  - Casi todo el tiempo
  - Todo el tiempo
- 

Ir a restaurantes

- Nunca  10
  - Casi nunca
  - Parte del tiempo
  - Casi todo el tiempo
  - Todo el tiempo
- 

Usar transportacion publica

- Nunca  10
  - Casi nunca
  - Parte del tiempo
  - Casi todo el tiempo
  - Todo el tiempo
- 

Asistir a servicios religiosos en interiores

- Nunca  10
  - Casi nunca
  - Parte del tiempo
  - Casi todo el tiempo
  - Todo el tiempo
- 

33 - ¿Conoce personalmente a alguien a quien le diagnosticaron COVID-19?

- Sí  10
  - No
-

No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar

---

34 - Conoce personalmente a alguien que haya fallecido en el 2020?  
(Si la respuesta no es "Sí", sigue a la próxima sección).

Sí  105  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar

---

35 - Esa persona, murió de Covid-19?

Sí  106  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar

---

#### Impacto COVID-19

Entrevistador (leer en voz alta): Nos gustaria preguntarle acerca del impacto que la pandemia por COVID-19 ha tenido en su diario vivir, su familia y como usted se siente. Si las experiencias no le aplican, por favor responda con no aplica.

---

27 - ¿Experimentó alguna de las siguientes situaciones debido a la pandemia de COVID-19?

Sí  108  
No   
N/A

Financiero

Perdida de vivienda

---

Obtener apoyo financiero de familiares, amigos, socios, una organización u otra persona.

Sí  109  
No

---

---

N/A

---

Necesidad de articulos basicos como papel higienico, papel toalla,  
agua embotellada o jabón.

Sí  11  
No   
N/A

---

Emocional

Sí  11  
No   
N/A

Preocupado por amigos y familia

---

Mas ansiedad

Sí  11  
No   
N/A

---

Mas depresión

Sí  11  
No   
N/A

---

Frustración o aburrimiento

Sí  11  
No   
N/A

---

Obtener apoyo emocional o social de la familia, los amigos, la pareja,  
un consejero u otra persona.

Sí  11  
No   
N/A

---

Soledad

Sí  11  
No   
N/A

---

Miedo a contraer Covid-19

Sí  11  
No   
N/A

---

Miedo a contagiar con Covid-19 a alguien mas

Sí  11  
No   
N/A

---

Confusión sobre qué es el COVID-19, cómo prevenirlo o por qué se necesita el distanciamiento físico / aislamiento / cuarentenas

Sí  11  
No   
N/A

---

<b>.Interpersonal</b><br><br /><br /><br />Pasar más tiempo con su familia o seres queridos.<br />

Sí  12  
No   
N/A

---

No poder visitar a familiares ancianos o enfermos porque no se les permitió visitas.

Sí  12  
No   
N/A

---

No poder pasar tiempo con compañeros de clase, compañeros de trabajo o amigos.

Sí  12  
No   
N/A

---

37 - Que cambios, si alguno, ha notado con respecto a su patrón de sueño normal durante la pandemia por COVID-19?

Duermo mucho más  12  
Duermo más   
No han habido cambios   
Duermo menos   
Duermo mucho menos

DISPOSICIÓN PARA PARTICIPAR EN EL ENSAYO DE VACUNA COVID-19

Entrevistador (leer en voz alta): Gracias por las respuestas hasta ahora. Ahora vamos a preguntarle sobre su experiencia y su voluntad de participar en un ensayo de vacuna y obtener una vacuna COVID-19 en el futuro.

---

38 - Ha participado en estudios clinicos de vacuna anteriormente?

Sí  125  
No

---

28 - En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy poco probable, 3 neutral y 5 muy probable, ¿qué probabilidades hay de que se inscriba en un ensayo de la vacuna COVID-19 en el futuro?

Muy poco probable  126  
Poco probable   
Neutral   
Probable   
Muy probable

---

29 - En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy poco probable, 3 neutral y 5 muy probable, ¿cuál es la probabilidad de que reciba una vacuna COVID-19 aprobada en el futuro?

Muy poco probable  127  
Poco probable   
Neutral   
Probable   
Muy probable

---

Entrevistador (lea en voz alta): Gracias por tomarse el tiempo para participar en nuestro estudio y completar este cuestionario. Las respuestas que proporcionó son extremadamente valiosas. ¿Tiene alguna pregunta para nosotros?

---

Did the participant finish the questionnaire?

Sí  128  
No

---

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Questionnaire-10 to 12  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① QSDAT	dd MMM yyyy	Date of questionnaire administration			QSDAT
④ FLUVAC	1	Flu vaccine		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	FLUVAC
⑤ ASTH	\$1	Asthma		Y = Sí N = No	ASTH
⑥ CLD	\$1	Other lung disease		Y = Sí N = No	CLD
⑦ HD	\$1	Heart disease		Y = Sí N = No	HD
⑧ HYP	\$1	Hypertension		Y = Sí N = No	HYP
⑨ CAYR	\$1	Cancer chemotherapy in the last 12 months		Y = Sí N = No	CAYR
⑩ IMMUN	\$1	Immunosuppre ssion		Y = Sí N = No	IMMUN
⑪ HIV	\$1	HIV		Y = Sí N = No	HIV
⑫ DIAB	\$1	Diabetes		Y = Sí N = No	DIAB

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Questionnaire-10 to 12  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
13 KDRD	\$1	Kidney or renal disease		Y = Sí N = No	KDRD
14 LIVD	\$1	Liver Disease		Y = Sí N = No	LIVD
15 SCD	\$1	Sickle cell disease		Y = Sí N = No	SCD
16 OBES	\$1	Obesity		Y = Sí N = No	OBES
17 MH	\$1	Mental health condition		Y = Sí N = No	MH
18 MCOTH	\$1	Other medical conditions		Y = Sí N = No	MCOTH
19 MCOSP	\$200	Other medical conditions specify			MCOSP
20 PHYSD	\$1	Physical disability		Y = Sí N = No	PHYSD
21 MENTD	\$1	Mental disability		Y = Sí N = No	MENTD
22 EMOD	\$1	Emotional disability		Y = Sí N = No	EMOD
23 DISNONE	\$1	None of the disabilities		Y = Sí N = No	DISNONE

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
24 DISPNA	\$1	Prefer not to answer disabilities		Y = Sí N = No	DISPNA
25 MCVIS	\$1	Requires visits		Y = Sí N = No	MCVIS
26 HCMIS	1	Appointments		1 = Sí, falté a mis citas 2 = No, no falté a ninguna de mis citas 3 = No, no tuve ninguna cita medica programada 4 = No sé/ No estoy seguro	HCMIS
27 MREAS	2	Missed appointments reasons		1 = Cancelaron mi cita debido a la pandemia por COVID-19 2 = Tuve sintomas de COVID-19 así que no asistí 3 = Me sentía bien, no era necesario ir 4 = No tenía dinero ni plan médico 5 = Inconveniente por razón de lugar/ hora etc. 6 = Olvidé mi cita /Falté a mi cita	MREAS

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				7 = Me faltaron el respeto personal de la oficina o el equipo medico 8 = No pude atender mi cita por telemedicina 9 = No tenía tranportación  10 = Pospuse mi cita hasta que fuera seguro ir 99 = Otro	
28 MREASOSP	\$200	Missed appointments other specify			MREASOSP
29 NOMEDT	1	Missed medication		1 = Sí, mi padre no pudieron obtener el resurtido de la farmacia. 	NOMEDT

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				2 = Sí, mi padre no pudieron obtener el resultado de la farmacia porque estábamos preocupados por el distanciamient o social, interacción con otros o la exposición al coronavirus.            3 = Sí, tengo mi medicamento, pero me olvidé tomarlo.            4 = Sí, mi padre no pudo pagar porque perdió empleo o seguro médico. 5 = No 6 = No sé/ No estoy seguro 7 = Prefiero no contestar	
 COVTHNK	1	Think you had covid		1 = Sí- Resulté COVTHNK positivo via diagnóstico o examen de anticuerpos 2 = Sí- Pero no me he realizado el examen	

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Questionnaire-10 to 12  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				3 = No 4 = No sé/ No estoy seguro	
<b>31</b> HAVSYMP	1	Had covid symptoms		1 = Sí-He tenido síntomas. 2 = No-No he tenido síntomas. 3 = No sé/ No estoy seguro	HAVSYMP
<b>33</b> COVDXYN	1	Previous covid test		1 = Sí- Resulté COVDXYN positivo a la prueba 2 = Sí- Resulté negativo a la prueba 3 = Nunca me he realizado la prueba 4 = No se/No estoy seguro/Resulta do de prueba inconcluso.	
<b>34</b> NDINS	\$1	No diagnostic insurance		Y = Sí N = No	NDINS
<b>35</b> NDFT	\$1	No diagnostic fear of test		Y = Sí N = No	NDFT
<b>36</b> NDFR	\$1	No diagnostic fear of results		Y = Sí N = No	NDFR
<b>37</b> NDDK	\$1	No diagnostic do not know		Y = Sí N = No	NDDK

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
38 NDDN	\$1	No diagnostic do not need		Y = Sí N = No	NDDN
39 NAN	\$1	No diagnostic symptomatic		Y = Sí N = No	NAN
40 NDCDC	\$1	No diagnostic CDC		Y = Sí N = No	NDCDC
41 NDNA	\$1	No diagnostic available		Y = Sí N = No	NDNA
42 NDSD	\$1	No diagnostic quarantine		Y = Sí N = No	NDSD
43 NDNHC	\$1	No diagnostic facilities		Y = Sí N = No	NDNHC
44 DXDAT	dd- MMM yyyy	Positive covid test date			DXDAT
45 DXDAYS	3	Days until covid results			DXDAYS
46 PREPOS	1	Covid positive more than once		1 = Sí 2 = No 3 = Prefiero no contestar	PREPOS
47 PCDX	1	Sought care for covid		1 = Sí 2 = No 3 = Prefiero no contestar	PCDX

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
48 HCLOC	2	Healthcare location		1 = Visitó a su HCLOC médico primario o alguna otra oficina médica 2 = Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica 3 = Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina 4 = Clinica o farmacia de la comunidad 5 = Cuidado urgente 6 = Sala de emergencias 7 = Hospital, no en la sala de emergencias 99 = Otro	
49 HCLOCPC	\$1	Doctor office after test		Y = Sí N = No	HCLOCPC
50 HCLOCPH	\$1	Doctor telephone call after test		Y = Sí N = No	HCLOCPH
51 HCLOCTEL	\$1	Telemedicine after test		Y = Sí N = No	HCLOCTEL
52 HCLOCRC	\$1	Retail clinic pharmacy after test		Y = Sí N = No	HCLOCRC

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
53 HCLOCUC	\$1	Urgent care after test		Y = Sí N = No	HCLOCUC
54 HCLOCER	\$1	Emergency room after test		Y = Sí N = No	HCLOCER
55 HCLOCHSP	\$1	Hospital, not ER after test		Y = Sí N = No	HCLOCHSP
56 HCLOCOTH	\$1	Other healthcare location after test		Y = Sí N = No	HCLOCOTH
57 HCLOCOSP	\$200	Healthcare location other			HCLOCOSP
58 COVDAC	1	Days after testing		1 = El mismo día 2 = 1-2 días 3 = 3-5 días 4 = Más de 5 días 5 = No sé/ No estoy seguro	COVDAC
59 HCON	1	One night hospitalization		1 = Sí 2 = No 3 = Prefiero no contestar	HCON
60 HCHOSPD	1	Nights hospitalized		1 = 1-2 noches 2 = 3-5 noches 3 = Más de 5 noches	HCHOSPD

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				4 = No sé/ No estoy seguro	
61 PABT	1	Previous covid AB test		1 = Sí- Resulté PABT positivo a la prueba 2 = Sí- Resulté negativo a la prueba 3 = Nunca me he realizado la prueba 4 = No se/No estoy seguro/Resulta do de prueba inconcluso.	
62 ABDAT	dd- MMM yyyy	AB test date			ABDAT
63 ABDAYS	3	Days until AB result			ABDAYS
64 HARAS	1	Covid discrimination		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar 5 = No aplica	HARAS
65 SMPFEV	\$1	Fever or chills		Y = Sí N = No	SMPFEV
66 SMPCP	\$1	Cough with phlegm or mucus		Y = Sí N = No	SMPCP

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Questionnaire-10 to 12  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
67 SMPDC	\$1	Dry cough with no phlegm or mucus		Y = Sí N = No	SMPDC
68 SMPSOB	\$1	Shortness of breath or difficulty breathing		Y = Sí N = No	SMPSOB
69 SMPFAT	\$1	Fatigue		Y = Sí N = No	SMPFAT
70 SMPMA	\$1	Muscle or body aches		Y = Sí N = No	SMPMA
71 SMPHA	\$1	Headache		Y = Sí N = No	SMPHA
72 SMPLS	\$1	Sudden loss of taste or smell		Y = Sí N = No	SMPLS
73 SMPST	\$1	Sore throat		Y = Sí N = No	SMPST
74 SMPCRN	\$1	Congestion or runny nose		Y = Sí N = No	SMPCRN
75 SMPNV	\$1	Nausea or vomiting		Y = Sí N = No	SMPNV
76 SMPDH	\$1	Diarrhea		Y = Sí N = No	SMPDH

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
77 SMPABD	\$1	Abdominal pain		Y = Sí N = No	SMPABD
78 SMEXP	1	Symptoms currently		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMEXP
79 SMTRAV	1	Travel symptoms prior		1 = No 2 = Sí, dentro del estado 3 = Sí, fuera del estado 4 = Sí, fuera del país	SMTRAV
80 SMHC	1	Seek healthcare		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMHC
81 SMLOC	2	Medical care location		1 = Visitó a su SMLOC médico primario o alguna otra oficina médica 2 = Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica 3 = Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina	

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				4 = Clinica o farmacia de la comunidad 5 = Cuidado urgente 6 = Sala de emergencias 7 = Hospital, no en la sala de emergencias 99 = Otro	
82 SMLOCPC	\$1	Doctor office after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCPC
83 SMLOCPH	\$1	Doctor telephone call after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCPH
84 SMLOCTEL	\$1	Telemedicine after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCTEL
85 SMLOCRC	\$1	Retail clinic pharmacy after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCRC
86 SMLOCUC	\$1	Urgent care after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCUC
87 SMLOCER	\$1	Emergency room after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCER

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
88 SMLOCHSP	\$1	Hospital, not ER after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCHSP
89 SMLOCOTH	\$1	Other healthcare location after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCOTH
90 SMLOCOSP	\$200	Other care location			SMLOCOSP
91 SMDAYS	1	Days medical care symptoms		1 = El mismo día 2 = 1-2 días 3 = 3-5 días 4 = Más de 5 días 5 = No sé/ No estoy seguro	SMDAYS
92 SMPCON	1	Covid contact		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMPCON
93 HOUSYN	1	Household positive coronavirus		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	HOUSYN
94 COVHSYN	1	Household positive coronavirus		1 = Sí 2 = No 3 = No se/No estoy seguro/Resulta do de prueba inconcluso	COVHSYN

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
95 PSTMO	1	Past month covid interaction		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	PSTMO
97 MASK	1	Wearing a face mask in public		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	MASK
98 HANDWSH	1	Washing your hands with soap or using hand sanitizer frequently		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	HANDWSH
99 HCPSICK	1	Seeing a health care provider if you feel sick		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	HCPSICK
100 PUBSPC	1	Time spent in public		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	PUBSPC

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
101 RESTAUR	1	Restaurants		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	RESTAUR
102 PUBTRANS	1	Public transportation		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	PUBTRANS
103 RELIG	1	Religion		1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Parte del tiempo 4 = Casi todo el tiempo 5 = Todo el tiempo	RELIG
104 COVKNW	1	Know someone who was diagnosed with COVID-19		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	COVKNW
105 KNWD	1	Know someone who has died		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	KNWD

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
109 COVDTH	1	Know someone who died from COVID-19		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	COVDTH
109 LHOUSE	\$2	Loss of housing		Y = Sí N = No NA = N/A	LHOUSE
109 FINSUP	\$2	Financial support		Y = Sí N = No NA = N/A	FINSUP
110 NEBASIC	\$2	Not enough basics		Y = Sí N = No NA = N/A	NEBASIC
111 WFAM	\$2	Worrying		Y = Sí N = No NA = N/A	WFAM
112 ANX	\$2	Anxiety		Y = Sí N = No NA = N/A	ANX
113 DEPRESS	\$2	Depression		Y = Sí N = No NA = N/A	DEPRESS
114 BORED	\$2	Frustration		Y = Sí N = No NA = N/A	BORED
115 EMSUP	\$2	Emotional support		Y = Sí N = No	EMSUP

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
NA = N/A					
116 LONE	\$2	Loneliness		Y = Sí N = No NA = N/A	LONE
117 GETCOV	\$2	Fear of getting covid		Y = Sí N = No NA = N/A	GETCOV
118 GIVCOV	\$2	Fear of giving covid		Y = Sí N = No NA = N/A	GIVCOV
119 CONFUS	\$2	Confusion		Y = Sí N = No NA = N/A	CONFUS
120 MOFAM	\$2	More time with family		Y = Sí N = No NA = N/A	MOFAM
121 NOVSICK	\$2	No visiting the sick		Y = Sí N = No NA = N/A	NOVSICK
122 FRIEND	\$2	Not being with friends		Y = Sí N = No NA = N/A	FRIEND
123 SLEEP	1	Sleep		1 = Duermo mucho más 2 = Duermo más 3 = No han habido cambios	SLEEP

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-10 to 12  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				4 = Duermo menos 5 = Duermo mucho menos	
125 TRIPART	\$1	Trial participation		Y = Sí N = No	TRIPART
126 TRIENR	1	Enroll in trial		1 = Muy poco probable 2 = Poco probable 3 = Neutral 4 = Probable 5 = Muy probable	TRIENR
127 VACC	1	Approved vaccine		1 = Muy poco probable 2 = Poco probable 3 = Neutral 4 = Probable 5 = Muy probable	VACC
128 QSFIN	\$1	Finished questionnaire		Y = Sí N = No	QSFIN

Date of questionnaire administration \_\_\_\_\_

1

Guia del Entrevistador (leer en voz alta): Estamos realizando este estudio para estimar el numero de personas que tienen o han tenido SARS-CoV-2 o Coronavirus en Estados Unidos para comprender mejor como la pandemia de COVID-19 afecto las vidas de las personas. Nos gustaria hacerle preguntas sobre su hijo, su salud, su familia y la posible exposicion a SARS-CoV-2. Le pedimos que conteste en nombre de su hijo lo mejor que pueda.

Le tomara acerca de 15 minutos en completar este cuestionario. Su participacion es completamente voluntaria y sus respuestas son estrictamente confidenciales.

Tiene preguntas antes de comenzar?

HISTORIAL MEDICO:

Guia del entrevistador (leer en voz alta): Ahora le preguntaremos sobre el historial de salud de su hijo. Por favor conteste estas preguntas lo mejor que pueda. Nos gustaria asegurarle que sus respuestas son estrictamente confidenciales.

1 - Recibió su hijo vacuna contra la influenza (vacuna contra la gripe) durante la temporada de influenza en el 2019-2020?

Sí  4

No

No sé/ No estoy seguro

1 - Ha sido su hijo diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones de salud? (verifique las que apliquen)

Sí  5

No

Asma

Otra enfermedad pulmonar crónica

Sí  6

No

Cardiopatía/Enfermedad del corazón

Sí  7

No

Hipertensión/Alta Presión

Sí  8

---

No

---

Quimioterapia para tratar cancer en los últimos 12 meses

Sí  9  
No

---

Otras condiciones inmunosupresoras

Sí  10  
No

---

VIH

Sí  11  
No

---

Diabetes

Sí  12  
No

---

Enfermedad renal

Sí  13  
No

---

Enfermedad del hígado

Sí  14  
No

---

Anemia de celulas falciformes

Sí  15  
No

---

Obesidad

Sí  16  
No

---

Condición de salud mental

Sí  17  
No

---

---

---

Otras condiciones de salud no mencionadas anteriormente

Sí  18  
No

---

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_

19

---

2 - Esta su hijo limitado de alguna manera en sus actividades diarias debido a discapacidad fisica, mental o emocional? (Marque todas las que apliquen)

Sí  20  
No

Discapacidad fisica

---

Discapacidad mental

Sí  21  
No

---

Discapacidad emocional

Sí  22  
No

---

Ninguna de las anteriores

Sí  23  
No

---

Prefiero no responder

Sí  24  
No

---

3 - Tiene su hijo alguna condicion de salud que requiera medicamentos o visitas de rutina con el doctor? (Si la respuesta es "No", sigue a la próxima sección).

Sí  25  
No

---

4 - Debido a la pandemia por COVID-19, ¿su hijo perdió o no pudo asistir a alguna cita con su médico? (Si la respuesta es "No/No estoy seguro" pase a la pregunta 6.)

Sí, perdió cita médica.  26  
No, no perdió cita médica.   
No, no tenia ninguna cita programada.   
No sé/ No estoy seguro

5 - Cual es la razon por la que su hijo perdio cita medica con su proveedor de salud?

- La clinica canceló la cita debido a COVID-19.  (27)
- Mi hijo tuvo sintomas de COVID-19 por lo que no asistió a su cita.
- Se sentía bien, no necesitaba asistir a la cita.
- No tenía dinero o seguro médico.
- Inconveniente por razón de lugar/hora etc.
- Olvidé mi cita /Falté a mi cita
- Me faltaron el respeto personal de la oficina o el equipo medico
- No pudo asistir a la visita de telemedicina.
- No tenía tranportación
- Se pospuso su cita hasta que fuera seguro poder ir.
- Otro

Si "Otras" por favor especifique:

(28)

6 - Debido a la pandemia de COVID-19, se perdió su hijo de tomar algunos medicamentos?

- Sí, no pude obtener resurtido de mis medicamentos en la farmacia  (29)
- Sí, no obtuvo su resurtido en la farmacia porque estaba preocupado por el distanciamiento social / la interacción con otros / la exposición al coronavirus.
- Si, tiene sus medicamentos pero olvido tomarlos.
- Sí, ya no puedo pagar por mis medicamentos debido a que perdí mi empleo o seguro médico.
- No
- No sé/ No estoy seguro
- Prefiero no contestar

8 - HISTORIAL DE INFECCION POR COVID-19, RIESGOS Y EXPOSICION

Guia del entrevistador (leer en voz alta): Ahora le preguntaremos sobre el historial de sintomas de COVID-19 de su hijo, examenes y enfermedad en el o su nucleo familiar. Cree que su hijo ha tenido COVID-19?

Sí- Resulté positivo via diagnostico o examen de anticuerpos  **30**  
Sí- Pero no me he realizado el examen   
No   
No sé/ No estoy seguro

7 - <b>Historial de infección por Covid-19, riesgo y exposición</b><br/><br/><br/><br/>.Entrevistador (Lea en voz alta): Ahora le preguntaremos sobre historial de sintomas de Covid-19 en su hijo, pruebas de diagnóstico y condiciones de salud en su núcleo familiar.<br/><br/><br/><br/>. Ha tenido su hijo sintomas de COVID-19 en algun momento desde noviembre 2019??

Sí-He tenido sintomas.  **31**  
No-No he tenido sintomas.   
No sé/ No estoy seguro

Note to interviewer: diagnostic tests are usually collected through swabs in the nose, mouth, and throat and antibody tests are usually blood tests.

8 - ¿Su hijo ha realizado una prueba de diagnóstico de COVID-19 anteriormente? Una prueba de diagnostico de Covid-19 se realiza usualmente con un hisopo en la nariz, boca o garganta. (Si la respuesta es "Sí-arrojó positivo" pase a la pregunta 10. Si la respuesta es "Sí-Arrojó negativo" ó "No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso" pase a la pregunta 16.)

Sí- resultó positivo.  **33**  
Sí- resultó negativo.   
Nunca me he realizado la prueba   
No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso.

9 - Cuales fueron las razones por las cuales su hijo no se realizó la prueba de diagnostico de COVID-19? (Verique las que apliquen)

Sí  **34**  
No

Seguro médico/ no pude pagar la prueba

Miedo al examen

Sí  **35**  
No

Miedo al resultado de la prueba

Sí  **36**  
No

No sabía donde podía hacerse la prueba.

Sí  **37**  
No

---

No tuvo razones para hacerse la prueba. Sí  **38**  
No

---

Estaba seguro que tenía COVID-19 (tuvo síntomas o estaba expuesto). Sí  **39**  
No

---

El CDC recomendó no hacerle la prueba porque los síntomas eran leves. Sí  **40**  
No

---

La prueba no estaba disponible en el lugar donde vivo Sí  **41**  
No

---

Estabamos en cuarentena / distanciamiento social. Sí  **42**  
No

---

Estabamos evitando las facilidades médicas. Sí  **43**  
No

---

10 - *Note to interviewer: Skip question 10 - question 15 if participant has never had a COVID-19 diagnostic test.* **44**  
*<br /><br />. Cual fue la fecha en la que su hijo resultado positivo a la prueba de diagnóstico?* \_\_\_\_\_

---

12 - Cuantos dias tardó en recibir los resultados de su hijo? Fixed Unit: days **45**  
\_\_\_\_\_

---

11 - Ha resultado positivo su hijo a COVID-19 a través de una prueba de diagnóstico mas de una vez? Sí  **46**  
No   
Prefiero no contestar

---

---

12 - ¿Buscó atención médica para su hijo luego de haber dado positivo a COVID-19? (Si la respuesta es "No" o "Prefiero no responder" pase a la pregunta 16)

Sí  47  
No   
Prefiero no contestar

---

15 - ¿Donde buscó atención médica para su hijo?

Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica  48  
Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica   
Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina   
Clinica o farmacia de la comunidad   
Cuidado urgente   
Sala de emergencias   
Hospital, no en la sala de emergencias   
Otro

---

13 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen)  
Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.

Sí  49  
No

---

Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica

Sí  50  
No

---

Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina

Sí  51  
No

---

Clinica o farmacia de la comunidad

Sí  52  
No

---

Cuidado urgente

Sí  53  
No

---

Sala de emergencias Sí  **54**  
No

---

Hospital, no en la sala de emergencias Sí  **55**  
No

---

Otro Sí  **56**  
No

---

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_ **57**

---

16 - ¿Cuántos días después de dar positivo en la prueba buscó por primera vez atención medica para su hijo? El mismo día  **58**  
1-2 dias   
3-5 dias   
Más de 5 dias   
No sé/ No estoy seguro

---

14 - ¿Su hijo pasó al menos una noche en el hospital luego de haber dado positivo a COVID-19? (Si la respuesta es "No" o "Prefiero no responder" pase a la pregunta 16) Sí  **59**  
No   
Prefiero no contestar

---

15 - ¿Cuantas noches estuvo su hijo hospitalizado? 1-2 noches  **60**  
3-5 noches   
Más de 5 noches   
No sé/ No estoy seguro

---

16 - ¿Su hijo se ha realizado una prueba de anticuerpos de COVID-19 anteriormente? Una prueba de anticuerpos es generalmente una muestra de sangre. (Si la respuesta es "Sí- arrojó negativo ó "Nunca me he realizado la prueba" ó "No se/No estoy seguro/resultado de prueba inconcluso) pase a la pregunta 18.) Sí- resultó positivo.  **61**  
Sí- resultó negativo.   
Nunca me he realizado la prueba

No sé/ No estoy seguro

17 - ¿Cuál es la fecha en la que su hijo resultó positivo a la prueba de anticuerpos?

**62**

21 - ¿Cuántos días tardó en recibir los resultados de la prueba de anticuerpos de su hijo?

Fixed Unit: days  **63**

18 - *Note to interviewer: only ask question 18 to people who tested positive for COVID-19 through diagnostic and/or antibody test.* ¿Experimentó su hijo alguna discriminación (como ser tratado mal, acosado, amenazado) por parte de alguien porque le diagnosticaron COVID-19 o tuvo una prueba de anticuerpos positiva?

Sí  **64**  
No   
No sé/ No estoy seguro   
Prefiero no contestar   
No aplica

19 - En los pasados 14 días, ha tenido su hijo algunos de los siguientes síntomas?

Sí  **65**  
No

Fiebre o escalofríos

Tos con flema o mucosidad

Sí  **66**  
No

Tos seca sin flema ni mucosidad

Sí  **67**  
No

Dificultad para respirar

Sí  **68**  
No

Fatiga/Sentirse cansado(a)

Sí  **69**

---

No

---

Dolores musculares o corporales

Sí  70  
No

---

Dolor de cabeza

Sí  71  
No

---

Pérdida repentino del gusto/olfato

Sí  72  
No

---

Dolor de garganta

Sí  73  
No

---

Congestión o gotereo nasal

Sí  74  
No

---

Nausea o vómito

Sí  75  
No

---

Diarrea

Sí  76  
No

---

Dolor abdominal

Sí  77  
No

---

20 - *Note to interviewer: Skip to question 23 if respondent says "No" to all symptoms.* ¿Su hijo está experimentando actualmente alguno de estos síntomas?

Sí  78  
No

No sé/ No estoy seguro

25 - ¿En los pasados 14 días antes de presentar síntomas, su hijo viajó dentro o fuera del País?

No  79  
Sí, dentro del estado   
Sí, fuera del estado   
Sí, fuera del país

21 - Mientras su hijo experimentaba síntomas de COVID-19, ¿usted buscó atención médica? (Esto incluye realizarle la prueba de COVID-19) (Si la respuesta es "No" ó "No sé/No estoy seguro" pase a la pregunta 23.)

Sí  80  
No   
No sé/ No estoy seguro

27 - ¿Donde buscó atención médica para su hijo?

Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica  81  
Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica   
Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina   
Clínica o farmacia de la comunidad   
Cuidado urgente   
Sala de emergencias   
Hospital, no en la sala de emergencias   
Otro

22 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen)  
Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.

Sí  82  
No

Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica

Sí  83  
No

Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina

Sí  84  
No

---

Clinica o farmacia de la comunidad Sí  85  
No

---

Cuidado urgente Sí  86  
No

---

Sala de emergencias Sí  87  
No

---

Hospital, no en la sala de emergencias Sí  88  
No

---

Otro Sí  89  
No

---

Si "Otras" por favor especifique: \_\_\_\_\_ 90

---

28 - ¿Cuántos días luego de su hijo presentar síntomas usted buscó atención médica? El mismo día  91  
1-2 días   
3-5 días   
Más de 5 días   
No sé/ No estoy seguro

---

23 - En el último mes, ¿su hijo ha interactuado en persona o mediante contacto físico directo, como tocarse, abrazarse o darse la mano, con alguien que recientemente dio positivo a COVID-19? Sí  92  
No   
No sé/ No estoy seguro

Note to interviewer: If participant asks, recently refers to the last 2 months.

---

30 - ¿Ha resultado alguien en su nucleo familiar positivo a la prueba de COVID-19?

Sí  93  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

24 - ¿Alguien en su hogar ha dado positivo por COVID-19 utilizando un hisopo nasal o una prueba de anticuerpos?

Sí  94  
No   
No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso

---

25 - ¿En el pasado mes, alguien en su nucleo familiar que no sea su hijo ha experimentado algun sintoma de COVID-19?

Sí  95  
No   
No sé/ No estoy seguro

---

IMPACTO COVID-19

Entrevistador (leer en voz alta): Nos gustaria preguntarle sobre el impacto que COVID-19 ha tenido en la vida diaria de su hijo y sus sentimientos. Si alguna experiencia no aplica a su hijo, por favor responda con no aplica.

---

26 - ¿Experimento su hijo alguna de las siguientes debido a la pandemia de COVID-19?

Sí  97  
No   
N/A

Financiero

Perdida de vivienda

---

Necesidad de ayuda de familiares, amigos, companeros, una organizacion u otra persona.

Sí  98  
No   
N/A

---

Necesidad de articulos basicos como papel higienico, papel toalla, agua embotellada o jabón.

Sí  99  
No

---

N/A

---

Emocional

Sí  10

No

Preocupado por amigos y familia

N/A

---

Mas ansiedad

Sí  10

No

N/A

---

Mas depresión

Sí  10

No

N/A

---

Frustración o aburrimiento

Sí  10

No

N/A

---

Obtener apoyo emocional o social de la familia, los amigos, la pareja,  
un consejero u otra persona.

Sí  10

No

N/A

---

Soledad

Sí  10

No

N/A

---

Miedo a contraer Covid-19

Sí  10

No

N/A

---

Miedo a contagiar con Covid-19 a alguien mas

Sí  10  
No   
N/A

---

Confusión sobre qué es el COVID-19, cómo prevenirlo o por qué se necesita el distanciamiento físico / aislamiento / cuarentenas

Sí  10  
No   
N/A

---

<b>.Interpersonal</b><br><br /><br /><br /> Pasar más tiempo con su familia o seres queridos.<br />

Sí  10  
No   
N/A

---

No poder visitar a familiares ancianos o enfermos porque no se les permitió visitas.

Sí  11  
No   
N/A

---

Aislamiento o en cuarentena con la familia

Sí  11  
No   
N/A

---

No poder pasar tiempo con compañeros de clase, compañeros de trabajo o amigos.

Sí  11  
No   
N/A

---

33 - ¿Que cambios, si alguno, ha notado respecto a su patrón normal de sueño durante la pandemia de COVID-19?

Duermo mucho más  11  
Duermo más   
No han habido cambios   
Duermo menos   
Duermo mucho menos

---

34 - ¿Conoce su hijo personalmente a alguien que haya sido diagnosticado con COVID-19?

- Sí  11
- No
- No sé/ No estoy seguro
- Prefiero no contestar

---

35 - ¿Conoce su hijo personalmente a alguien que haya fallecido en el 2020? (Si la respuesta no es "Si", sigue a la proxima sección).

- Sí  11
- No
- No sé/ No estoy seguro
- Prefiero no contestar

---

36 - ¿Esta persona falleció por COVID-19?

- Sí  11
- No
- No sé/ No estoy seguro
- Prefiero no contestar

---

DISPOSICIÓN PARA PARTICIPAR EN EL ENSAYO DE VACUNA COVID-19

Entrevistador (leer en voz alta): Gracias por sus respuestas hasta ahora. Ahora le vamos a preguntar sobre su disposicion para vacunar a su hijo contra el COVID-19 en el futuro.

---

27 - En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy poco probable, 3 neutral y 5 muy probable; ¿Que tan probable es que su hijo reciba una vacuna aprobada contra Covid-19 en el futuro?

- Muy poco probable  11
- Poco probable
- Neutral
- Probable
- Muy probable

---

Entrevistador (lea en voz alta): Gracias por tomarse el tiempo para participar en nuestro estudio y completar este cuestionario. Las respuestas que proporcionó son extremadamente valiosas. ¿Tiene alguna pregunta para nosotros?

---

Did the participant finish the questionnaire?

- Sí  12
- No

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
① QSDAT	dd MMM yyyy	Date of questionnaire administration			QSDAT
④ FLUVAC	1	Flu vaccine		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	FLUVAC
⑤ ASTH	\$1	Asthma		Y = Sí N = No	ASTH
⑥ CLD	\$1	Other lung disease		Y = Sí N = No	CLD
⑦ HD	\$1	Heart disease		Y = Sí N = No	HD
⑧ HYP	\$1	Hypertension		Y = Sí N = No	HYP
⑨ CAYR	\$1	Cancer chemotherapy in the last 12 months		Y = Sí N = No	CAYR
⑩ IMMUN	\$1	Immunosuppre ssion		Y = Sí N = No	IMMUN
⑪ HIV	\$1	HIV		Y = Sí N = No	HIV
⑫ DIAB	\$1	Diabetes		Y = Sí N = No	DIAB

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55


Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
13 KDRD	\$1	Kidney or renal disease		Y = Sí N = No	KDRD
14 LIVD	\$1	Liver Disease		Y = Sí N = No	LIVD
15 SCD	\$1	Sickle cell disease		Y = Sí N = No	SCD
16 OBES	\$1	Obesity		Y = Sí N = No	OBES
17 MH	\$1	Mental health condition		Y = Sí N = No	MH
18 MCOTH	\$1	Other medical conditions		Y = Sí N = No	MCOTH
19 MCOSP	\$200	Other medical conditions specify			MCOSP
20 PHYSD	\$1	Physical disability		Y = Sí N = No	PHYSD
21 MENTD	\$1	Mental disability		Y = Sí N = No	MENTD
22 EMOD	\$1	Emotional disability		Y = Sí N = No	EMOD
23 DISNONE	\$1	None of the disabilities		Y = Sí N = No	DISNONE

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
24 DISPNA	\$1	Prefer not to answer disabilities		Y = Sí N = No	DISPNA
25 MCVIS	\$1	Requires visits		Y = Sí N = No	MCVIS
26 HCMCH	1	Appointments		1 = Sí, perdió cita médica. 2 = No, no perdió cita médica. 3 = No, no tenia ninguna cita programada. 4 = No sé/ No estoy seguro	HCMCH
27 MREACH	2	Missed appointments reasons		1 = La clinica canceló la cita debido a COVID-19. 2 = Mi hijo tuvo sintomas de COVID-19 por lo que no asistió a su cita. 3 = Se sentía bien, no necesitaba asistir a la cita. 4 = No tenía dinero o seguro médico. 5 = Inconveniente por razón de lugar/ hora etc.	MREACH

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				6 = Olvidé mi cita /Falté a mi cita  7 = Me faltaron el respeto personal de la oficina o el equipo medico 8 = No pudo asistir a la visita de telemedicina. 9 = No tenía transportación< br> 10 = Se pospuso su cita hasta que fuera seguro poder ir. 99 = Otro	
28 MREASOSP	\$200	Missed appointments other specify			MREASOSP
29 NMEDCH	1	Missed medication		1 = Sí, no pude obtener resurtido de mis medicamentos en la farmacia	NMEDCH

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				2 = Sí, no obtuvo su resurtido en la farmacia porque estaba preocupado por el distanciamient o social / la interacción con otros / la exposición al coronavirus. 3 = Si, tiene sus medicamentos pero olvido tomarlos. 4 = Sí, ya no puedo pagar por mis medicamentos debido a que perdí mi empleo o seguro médico. 5 = No 6 = No sé/ No estoy seguro 7 = Prefiero no contestar	
 COVTHNK	1	Think you had covid		1 = Sí- Resulté COVTHNK positivo via diagnostico o examen de anticuerpos 2 = Sí- Pero no me he realizado el examen 3 = No 4 = No sé/ No estoy seguro	

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
<b>31</b> HAVSYMP	1	Had covid symptoms		1 = Sí-He tenido síntomas. 2 = No-No he tenido síntomas. 3 = No sé/ No estoy seguro	HAVSYMP
<b>33</b> CHDXYN	1	Previous covid test		1 = Sí- resultó positivo. 2 = Sí- resultó negativo. 3 = Nunca me he realizado la prueba 4 = No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso.	
<b>34</b> NDINS	\$1	No diagnostic insurance		Y = Sí N = No	NDINS
<b>35</b> NDFT	\$1	No diagnostic fear of test		Y = Sí N = No	NDFT
<b>36</b> NDFR	\$1	No diagnostic fear of results		Y = Sí N = No	NDFR
<b>37</b> NDDK	\$1	No diagnostic do not know		Y = Sí N = No	NDDK
<b>38</b> NDDN	\$1	No diagnostic do not need		Y = Sí N = No	NDDN

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
39 NAN	\$1	No diagnostic symptomatic		Y = Sí N = No	NAN
40 NDCDC	\$1	No diagnostic CDC		Y = Sí N = No	NDCDC
41 NDNA	\$1	No diagnostic available		Y = Sí N = No	NDNA
42 NDSD	\$1	No diagnostic quarantine		Y = Sí N = No	NDSD
43 NDNHC	\$1	No diagnostic facilities		Y = Sí N = No	NDNHC
44 DXDAT	dd- MMM yyyy	Positive covid test date			DXDAT
45 DXDAYS	3	Days until covid results			DXDAYS
46 PREPOS	1	Covid positive more than once		1 = Sí 2 = No 3 = Prefiero no contestar	PREPOS
47 PCDX	1	Sought care for covid		1 = Sí 2 = No 3 = Prefiero no contestar	PCDX

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
48 HCLOC	2	Healthcare location		1 = Visitó a su HCLOC médico primario o alguna otra oficina médica 2 = Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica 3 = Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina 4 = Clinica o farmacia de la comunidad 5 = Cuidado urgente 6 = Sala de emergencias 7 = Hospital, no en la sala de emergencias 99 = Otro	
49 HCLOCPC	\$1	Doctor office after test		Y = Sí N = No	HCLOCPC
50 HCLOCPH	\$1	Doctor telephone call after test		Y = Sí N = No	HCLOCPH
51 HCLOCTEL	\$1	Telemedicine after test		Y = Sí N = No	HCLOCTEL
52 HCLOCRC	\$1	Retail clinic pharmacy after test		Y = Sí N = No	HCLOCRC

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
53 HCLOCUC	\$1	Urgent care after test		Y = Sí N = No	HCLOCUC
54 HCLOCER	\$1	Emergency room after test		Y = Sí N = No	HCLOCER
55 HCLOCHSP	\$1	Hospital, not ER after test		Y = Sí N = No	HCLOCHSP
56 HCLOCOTH	\$1	Other healthcare location after test		Y = Sí N = No	HCLOCOTH
57 HCLOCOSP	\$200	Healthcare location other			HCLOCOSP
58 COVDAC	1	Days after testing		1 = El mismo día 2 = 1-2 días 3 = 3-5 días 4 = Más de 5 días 5 = No sé/ No estoy seguro	COVDAC
59 HCON	1	One night hospitalization		1 = Sí 2 = No 3 = Prefiero no contestar	HCON
60 HCHOSPD	1	Nights hospitalized		1 = 1-2 noches 2 = 3-5 noches 3 = Más de 5 noches	HCHOSPD

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				4 = No sé/ No estoy seguro	
<b>61</b> PABTCH	1	Previous covid AB test		1 = Sí- resultó PABTCH positivo. 2 = Sí- resultó negativo. 3 = Nunca me he realizado la prueba 4 = No sé/ No estoy seguro	
<b>62</b> ABDAT	dd- MMM yyyy	AB test date			ABDAT
<b>63</b> ABDAYS	3	Days until AB result			ABDAYS
<b>64</b> HARAS	1	Covid discrimination		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar 5 = No aplica	HARAS
<b>65</b> SMPFEV	\$1	Fever or chills		Y = Sí N = No	SMPFEV
<b>66</b> SMPCP	\$1	Cough with phlegm or mucus		Y = Sí N = No	SMPCP
<b>67</b> SMPDC	\$1	Dry cough with no phlegm or mucus		Y = Sí N = No	SMPDC

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
68 SMPSOB	\$1	Shortness of breath or difficulty breathing		Y = Sí N = No	SMPSOB
69 SMPFAT	\$1	Fatigue		Y = Sí N = No	SMPFAT
70 SMPMA	\$1	Muscle or body aches		Y = Sí N = No	SMPMA
71 SMPHA	\$1	Headache		Y = Sí N = No	SMPHA
72 SMPLS	\$1	Sudden loss of taste or smell		Y = Sí N = No	SMPLS
73 SMPST	\$1	Sore throat		Y = Sí N = No	SMPST
74 SMPCRN	\$1	Congestion or runny nose		Y = Sí N = No	SMPCRN
75 SMPNV	\$1	Nausea or vomiting		Y = Sí N = No	SMPNV
76 SMPDH	\$1	Diarrhea		Y = Sí N = No	SMPDH
77 SMPABD	\$1	Abdominal pain		Y = Sí N = No	SMPABD
78 SMEXP	1	Symptoms currently		1 = Sí 2 = No	SMEXP

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				3 = No sé/ No estoy seguro	
<b>79</b> SMTRAV	1	Travel symptoms prior		1 = No 2 = Sí, dentro del estado 3 = Sí, fuera del estado 4 = Sí, fuera del país	SMTRAV
<b>80</b> SMHC	1	Seek healthcare		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMHC
<b>81</b> SMLOC	2	Medical care location		1 = Visitó a su SMLOC médico primario o alguna otra oficina médica 2 = Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica 3 = Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina 4 = Clinica o farmacia de la comunidad 5 = Cuidado urgente 6 = Sala de emergencias 7 = Hospital, no en la sala de emergencias	

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
				99 = Otro	
82 SMLOCPC	\$1	Doctor office after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCPC
83 SMLOCPH	\$1	Doctor telephone call after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCPH
84 SMLOCTEL	\$1	Telemedicine after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCTEL
85 SMLOCRC	\$1	Retail clinic pharmacy after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCRC
86 SMLOCUC	\$1	Urgent care after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCUC
87 SMLOCER	\$1	Emergency room after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCER
88 SMLOCHSP	\$1	Hospital, not ER after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCHSP
89 SMLOCOTH	\$1	Other healthcare location after symptoms		Y = Sí N = No	SMLOCOTH

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
90 SMLOCOSP	\$200	Other care location			SMLOCOSP
91 SMDAYS	1	Days medical care symptoms		1 = El mismo día 2 = 1-2 días 3 = 3-5 días 4 = Más de 5 días 5 = No sé/ No estoy seguro	SMDAYS
92 SMPCON	1	Covid contact		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	SMPCON
93 HOUSYN	1	Household positive coronavirus		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	HOUSYN
94 COVHSYN	1	Household positive coronavirus		1 = Sí 2 = No 3 = No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso	COVHSYN
95 PSTMO	1	Past month covid interaction		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro	PSTMO
97 LHOUSE	\$2	Loss of housing		Y = Sí N = No NA = N/A	LHOUSE

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
98 FINSUP	\$2	Financial support		Y = Sí N = No NA = N/A	FINSUP
99 NEBASIC	\$2	Not enough basics		Y = Sí N = No NA = N/A	NEBASIC
100 WFAM	\$2	Worrying		Y = Sí N = No NA = N/A	WFAM
101 ANX	\$2	Anxiety		Y = Sí N = No NA = N/A	ANX
102 DEPRESS	\$2	Depression		Y = Sí N = No NA = N/A	DEPRESS
103 BORED	\$2	Frustration		Y = Sí N = No NA = N/A	BORED
104 EMSUP	\$2	Emotional support		Y = Sí N = No NA = N/A	EMSUP
105 LONE	\$2	Loneliness		Y = Sí N = No NA = N/A	LONE
106 GETCOV	\$2	Fear of getting covid		Y = Sí N = No NA = N/A	GETCOV

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
107 GIVCOV	\$2	Fear of giving covid		Y = Sí N = No NA = N/A	GIVCOV
108 CONFUS	\$2	Confusion		Y = Sí N = No NA = N/A	CONFUS
109 MOFAM	\$2	More time with family		Y = Sí N = No NA = N/A	MOFAM
110 NOVSICK	\$2	No visiting the sick		Y = Sí N = No NA = N/A	NOVSICK
111 ISO	\$2	Isolation		Y = Sí N = No NA = N/A	ISO
112 FRIEND	\$2	Not being with friends		Y = Sí N = No NA = N/A	FRIEND
113 SLEEP	1	Sleep		1 = Duermo mucho más 2 = Duermo más 3 = No han habido cambios 4 = Duermo menos 5 = Duermo mucho menos	SLEEP

CoVPN5002\_Version\_2.0\_PROD\_BK\_31MAR2021: ALL  
 Form: Questionnaire-2mo - 9yr  
 Generated On: 15 Dec 2022 21:02:55

Field Name	Data Type	SAS Label	Units	Values	Include Field OID
114 COVKNW	1	Know someone who was diagnosed with COVID-19		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	COVKNW
115 KNWD	1	Know someone who has died		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	KNWD
116 COVDTH	1	Know someone who died from COVID-19		1 = Sí 2 = No 3 = No sé/ No estoy seguro 4 = Prefiero no contestar	COVDTH
118 VACC	1	Approved vaccine		1 = Muy poco probable 2 = Poco probable 3 = Neutral 4 = Probable 5 = Muy probable	VACC
120 QSFIN	\$1	Finished questionnaire		Y = Sí N = No	QSFIN