

Subject Case Report Forms

CoVPN5002\_Version\_1.53\_AUX\_BK\_26MAR2021 - ALL

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

**CoVPN5002\_Version\_1.53\_AUX\_BK\_26MAR2021: ALL**

**Form: Participant Identifier**

**Generated On: 29 Mar 2021 02:09:28**

---

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

---

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

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

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

Edad del infante, en meses. Fixed Unit: months

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

Hispano o Latino

No hispano o latino

No sé/ No estoy seguro

Prefiero no contestar

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

Asiatico

Negro o afroamericano

Nativo de Hawaii u originario de las islas del pacifico

Blanco

Otro

No sé/No estoy seguro

Prefiero no responder

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

4 - Actualmente es usted estudiante a tiempo completo o parcial? (13 años en adelante)

Si- a tiempo completo

Si- a medio tiempo

No

5 - Cual es el nivel mas alto de educación que ha completado?

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)

Soltero (a)

Casado(a)/Convive

Viudo (a)

Divorciado (a)

Separado(a)

Prefiero no contestar

---

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

---

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

---

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

---

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

---

10 - ¿Vive solo, en grupo, en familia o con varias familias? (Si usted vive "Solo", omite 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)

---

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.) \_\_\_\_\_

---

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

Sí

No

No sé/ No estoy seguro

---

13 - ¿Como describe su situaci3n 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

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:

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   
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   
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   
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   
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. Cual es su identidad de genero actual? (Marque todas las que apliquen)?(mark all that apply)  
Male.

Femenino

No conforme al genero

Mujer Transgenero

Hombre transgenero

Categoría adicional, especifique:

Prefiero no contestar

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

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

Heterosexual

Gay/lesbiana/Homosexual

Bisexual

"Cuir"

"Doble espiritu"

Categoría adicional, especifique:

No sé/ No estoy seguro

Prefiero no contestar

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

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

<\$15,000.

\$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\_1.53\_AUX\_BK\_26MAR2021: ALL

Form: Enrollment

Generated On: 29 Mar 2021 02:09:28

Was the participant enrolled in the study? Yes

No

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

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

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

12:00pm-4:00pm

4:00pm-8:00pm

Population cohort Adults residing in nursing homes/assisted living facilities

Adults from outpatient healthcare facilities

Community

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

For adults residing in nursing homes/assisted living facilities, is the participant able to complete the questionnaire? Yes

No

Did the participant complete all study procedures at the enrollment visit? Yes

No

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

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

Will the participant be submitting an oral/saliva specimen sample? Yes

No

Did the participant meet all eligibility criteria? Yes   
No

Eligibility status Eligible and enrolled   
Eligible/Not enrolled   
Ineligible   
Incomplete screening

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

Select reason(s) why participant is ineligible.

- I1. Adults residing in nursing homes/assisted living facilities or attending outpatient healthcare facilities - At least 18 years of age
- 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)
- I3. Adults residing in nursing homes/assisted living facilities or attending outpatient healthcare facilities - Recruited from a selected facility
- I4. Adults and children from select neighborhoods of research site communities - Adults and children > 2 months of age
- I5. Adults and children from select neighborhoods of research site communities - For individuals < 18 years old, a guardian must be present
- 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)
- I7. 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): \_\_\_\_\_

If eligible, but participant declined enrollment, specify reason: \_\_\_\_\_

Date of medical record abstraction \_\_\_\_\_

1 - MEDICAL HISTORY

Yes

No

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

Asthma

Other chronic lung disease

Yes

No

Heart disease

Yes

No

Hypertension (high blood pressure)

Yes

No

Cancer chemotherapy in the last 12 months

Yes

No

Other immunosuppression condition

Yes

No

HIV

Yes

No

Diabetes

Yes

No

Kidney or renal disease

Yes

No

Liver Disease

Yes

No

Sickle cell disease

Yes

No

Obesity

Yes

No

Mental health condition

Yes

No

Substance abuse disorder

Yes

No

Other chronic medical conditions that have not already been mentioned Yes   
No

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

2 - Has the participant sought assistance for daily activities because of a physical, mental, or emotional disability? (Check all that apply) Yes   
No

Physical disability

Mental disability Yes   
No

Emotional disability Yes   
No

3 - Does the participant have any medical conditions that require medication or routine visits to the doctor? Yes   
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   
Yes - they tested negative   
Never been tested   
Don't Know/Not Sure

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

6 - Has the participant tested positive for COVID-19 via a diagnostic test more than once? Yes   
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   
No   
Don't Know/ Not sure

8 - Where did the participant seek medical care ? Yes   
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   
No

Telemedicine such as an electronic consultation or video call with a health care provider Yes   
No

Retail clinic or pharmacy Yes   
No

Urgent care Yes   
No

Emergency room Yes   
No

Hospital, not in the emergency room Yes   
No

Other Yes   
No

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

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   
No   
Don't Know/ Not sure

10 - How many nights was the participant hospitalized? 1-2 noches   
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

Yes - they tested negative

Never been tested

Don't Know/Not Sure

---

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

---

---

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

No

---

Fever or chills

---

Cough with phlegm or mucus Yes

No

---

Dry cough with no phlegm or mucus Yes

No

---

Shortness of breath or difficulty breathing Yes

No

---

Fatigue/ Feeling tired Yes

No

---

Muscle or body aches Yes

No

---

Headache Yes

No

---

Sudden loss of taste or smell Yes

No

---

Sore throat Yes

No

---

Congestion or runny nose Yes

No

---

Nausea or vomiting Yes

No

---

Diarrhea Yes

No

---

Abdominal pain Yes

---

No

---

14 - Note to data abstractor: skip to question 17 if "No" to all symptoms?

Yes   
No   
Don't Know/ Not sure

---

Is the participant currently experiencing any of these symptoms?

---

---

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

Yes   
No   
Don't Know/ Not sure

---

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

---

---

16 - Where did the participant seek medical care?

Yes   
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   
No

---

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

Yes   
No

---

Retail clinic or pharmacy

Yes   
No

---

Urgent care

Yes   
No

---

Emergency room

Yes

---

No

---

Hospital, not in the emergency room Yes

No

---

Other Yes

No

---

If "Other", specify:

---

---

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

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

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

No

Don't Know/ Not sure

---

20 - COVID 19 IMPACT Yes

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

No

Alcohol

---

**CoVPN5002\_Version\_1.53\_AUX\_BK\_26MAR2021: ALL**

**Form: Protocol Deviations Y/N**

**Generated On: 29 Mar 2021 02:09:28**

---

Have any protocol deviations been reported?

Yes

No

---

If "Yes", update the Protocol Deviations log.

---

CoVPN5002\_Version\_1.53\_AUX\_BK\_26MAR2021: ALL

Form: Protocol Deviations Log

Generated On: 29 Mar 2021 02:09:28

Site awareness date \_\_\_\_\_

Deviation date \_\_\_\_\_

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

Type of deviation

- Inappropriate enrollment
- 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 \_\_\_\_\_

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

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

Deviation reported by \_\_\_\_\_

Was specimen collected? Yes

No

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

Participant declined

Participant unable to provide sample

Primary reason specimen was not collected

Other

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

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

Specimen collection date \_\_\_\_\_

Specimen collection time \_\_\_\_\_

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

Yes

No

If "No", provide explanation in Comments.

Comments (max. 600 characters): \_\_\_\_\_

Was specimen collected? Yes

No

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

Participant declined

Participant unable to provide sample

Other

Primary reason specimen was not collected

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

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

Specimen collection date \_\_\_\_\_

Specimen collection time \_\_\_\_\_

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

Yes

No

If "No", provide explanation in Comments.

Comments (max. 600 characters): \_\_\_\_\_

**CoVPN5002\_Version\_1.53\_AUX\_BK\_26MAR2021: ALL**  
**Form: Specimen Collection and Storage - Blood**  
**Generated On: 29 Mar 2021 02:09:28**

---

Specimen type Serum

Dried Blood Spot

---

Was specimen collected? Yes

No

---

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

Participant unable to provide

sample

Other

---

Primary reason specimen was not collected

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

---

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

---

Specimen collection date \_\_\_\_\_

---

Specimen collection time \_\_\_\_\_

---

Was sample stored? Stored

Not stored

---

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

---

---

Date of study exit

---

Primary reason for completion/discontinuation

Scheduled exit visit/end of study

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):

---

CoVPN5002\_Version\_1.53\_AUX\_BK\_26MAR2021: ALL

Form: Informed Consent

Generated On: 29 Mar 2021 02:09:28

---

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

---

Consent obtained for additional nasal swab for viral DNA sequencing

Yes

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

No

---

CoVPN5002\_Version\_1.53\_AUX\_BK\_26MAR2021: ALL

Form: SARS-CoV-2 Test Results

Generated On: 29 Mar 2021 02:09:28

---

Specimen ID	<hr/>
Specimen collection date	<hr/>
Test result	Detected <input type="radio"/>
	Not Detected <input type="radio"/>
	Indeterminate <input type="radio"/>
	Not performed/ unacceptable <input type="radio"/>
	sample/invalid <input type="radio"/>

---

Date of questionnaire administration

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

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 - ¿Ha sido usted diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones de salud? (Marque todas las que apliquen) Asma  Sí  No

Otra enfermedad pulmonar crónica  Sí  No

Cardiopatía/Enfermedad del corazón  Sí  No

Hipertensión/Alta Presión  Sí  No

Quimioterapia para tratar cancer en los últimos 12 meses  Sí  No

Otras condiciones inmunosupresoras  Sí  No

VIH  Sí  No

Diabetes  Sí  No

Enfermedad renal  Sí  No

Enfermedad del hígado  Sí  No

Anemia de celulas falciformes  Sí

	No	<input type="radio"/>
Obesidad	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Condición de salud mental	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Desorden de abuso de sustancias	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Otras condiciones de salud no mencionadas anteriormente	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Si "Otras" por favor especifique: _____		
2 - ¿Tiene alguna limitación en sus actividades diarias debido a una discapacidad física, mental o emocional? (Marque todas las que apliquen .Discapacidad física	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Discapacidad mental	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Discapacidad emocional	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Ninguna de las anteriores	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Prefiero no responder	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>

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 seccion)	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
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	<input type="radio"/>
	No, no falte a ninguna de mis citas	<input type="radio"/>
	No, no tuve ninguna cita medica programada	<input type="radio"/>
	No sé/ No estoy seguro	<input type="radio"/>
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	<input type="radio"/>
	Tuve síntomas de COVID-19 así que no asistí	<input type="radio"/>
	Me sentía bien, no era necesario ir	<input type="radio"/>

- 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 medico
- No pude atender mi cita por telemedicina
- No tenía tranportación<br>
- 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, no pude obtener resurtido de mis medicamentos en la farmacia
  - 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 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 disgnostico y condiciones de salud en su núcleo familiar.. ¿Ha tenido síntomas de COVID-19 en algun momento desde Noviembre 2019?
- Sí-He tenido síntomas.
  - No-No he tenido síntomas.
  - No sé/ No estoy seguro

- 8 - Ha recibido 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-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
  - 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   
No

Seguro medico/no pude pagar la prueba

Miedo al examen   
Sí   
No

Miedo al resultado de la prueba   
Sí   
No

No sabía donde podía realizarme la prueba   
Sí   
No

No tenía razón para realizarme la prueba   
Sí   
No

Estaba seguro(a) que había tenido Covid-19 (Tuve síntomas o estuve expuesto(a))   
Sí   
No

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

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

Estuve en cuarentena/asilamiento social   
Sí   
No

Estuve evitando centros de salud   
Sí   
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?

11 - ¿Ha dado positivo por COVID-19 a través de una prueba de diagnóstico más de una vez?   
Sí   
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   
No   
Prefiero no contestar

13 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen) Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Clinica o farmacia de la comunidad	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Cuidado urgente	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Sala de emergencias	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Hospital, no en la sala de emergencias	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Otro	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Si "Otras" por favor especifique: _____	

	<input type="radio"/>
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 <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	Prefiero no contestar <input type="radio"/>
15 - ¿Cuántas noches estuvo usted hospitalizado?	1-2 noches <input type="radio"/>
	3-5 noches <input type="radio"/>

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   
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)? \_\_\_\_\_

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   
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   
No

Fiebre o escalofríos

Tos con flema o mucosidad   
No

Tos seca sin flema ni mucosidad   
No

Dificultad para respirar   
No

Fatiga/Sentirse cansado(a)   
No

Dolores musculares o corporales   
No

Dolor de cabeza   
No

Pérdida repentino del gusto/olfato   
No

Dolor de garganta   
No

Congestión o gotereo nasal	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Nausea o vómito	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Diarrea	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Dolor abdominal	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
20 - Note to interviewer: Skip to question 23 if respondent says "No" to all symptoms. ¿Está usted experimentando alguno de estos síntomas?	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	No sé/ No estoy seguro <input type="radio"/>

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 <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	No sé/ No estoy seguro <input type="radio"/>

22 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen) Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Clinica o farmacia de la comunidad	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>

Cuidado urgente	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Sala de emergencias	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Hospital, no en la sala de emergencias	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Otro	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Si "Otras" por favor especifique: _____	

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 <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	No sé/ No estoy seguro <input type="radio"/>

24 - Note to interviewer: Skip question 24 – question 25, if participant lives alone.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso <input type="radio"/>
¿Alguien en su hogar ha dado positivo por COVID-19 utilizando un hisopo nasal o una prueba de anticuerpos?	

25 - En el último mes, ¿algún miembro de su hogar que no sea usted experimentó algún síntoma de COVID-19?	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	No sé/ No estoy seguro <input type="radio"/>

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.<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 <input type="radio"/>
	Casi nunca <input type="radio"/>
	Parte del tiempo <input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo <input type="radio"/>
	Todo el tiempo <input type="radio"/>
Lavar sus manos con jabon y agua luego de llegar de un lugar público.	Nunca <input type="radio"/>

---

	Casi nunca	<input type="radio"/>
	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

Ver un proveedor de salud porque se sintió enfermo	Nunca	<input type="radio"/>
	Casi nunca	<input type="radio"/>
	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

Mantener una distancia de 6 pies entre usted y otras personas cuando está fuera de su casa	Nunca	<input type="radio"/>
	Casi nunca	<input type="radio"/>
	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

Desinfectar cualquier artículo que ingresa a la casa (es decir, paquetes, comestibles etc.)	Nunca	<input type="radio"/>
	Casi nunca	<input type="radio"/>
	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

Pasó tiempo en espacios públicos, reuniones y multitudes.	Nunca	<input type="radio"/>
	Casi nunca	<input type="radio"/>
	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

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	<input type="radio"/>
	Casi nunca	<input type="radio"/>
	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

Ir a restaurantes para cenar dentro	Nunca	<input type="radio"/>
	Casi nunca	<input type="radio"/>

---

Parte del tiempo

Casi todo el tiempo

Todo el tiempo

---

Ir a bares para recibir servicio en persona

Nunca

Casi nunca

Parte del tiempo

Casi todo el tiempo

Todo el tiempo

---

Transportacion pública/Transporte pública

Nunca

Casi nunca

Parte del tiempo

Casi todo el tiempo

Todo el tiempo

---

---

Asistir a servicios religiosos en interiores

Nunca

Casi nunca

Parte del tiempo

Casi todo el tiempo

Todo el tiempo

---

---

IMPACTO COVID-19Entrevistador (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? Trabajar o estudiar desde casa

Sí

No

N/A

---

Cese de trabajo

Sí

No

N/A

---

Reducción de jornada laboral

Sí

No

N/A

---

Preocupación por pago de renta/hipoteca

Sí

No

N/A

---

Pérdida personal financiera	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>
Pérdida de vivienda	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>
Obtener apoyo financiero de familiares, amigos, socios, una organización u otra persona.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>
Necesidad de artículos básicos como papel higiénico, papel toalla, agua embotellada o jabón.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>
Emocional	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>
Preocuparse por amigos, familiares, socios, etc.	
Más ansioso de lo usual	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>
Más deprimido de lo usual	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>
Obtener apoyo emocional o social de la familia, los amigos, la pareja, un consejero u otra persona.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>

---

Interpersonal Sí   
Cuidando a alguien en casa No   
N/A

---

Pasar más tiempo con su familia o seres queridos. Sí   
No   
N/A

---

No poder recibir visitas Sí   
No   
N/A

---

No poder visitar a familiares ancianos o enfermos porque no se les permitió visitas. Sí   
No   
N/A

---

No poder visitar seres queridos en prisión porque no se permitían visitas Sí   
No   
N/A

---

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

Sí

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

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

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

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.

---

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

Poco probable

Neutral

Probable

Muy probable

Ya he participado un estudio clinico de COVID-19.

---

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

---

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

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. \_\_\_\_\_

---

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  No



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

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

Sí

No

Asma

Otra enfermedad pulmonar crónica

Sí

No

Cardiopatía/Enfermedad del corazón

Sí

No

Hipertensión/Alta Presión

Sí

No

Quimioterapia para tratar cancer en los últimos 12 meses

Sí

No

Otras condiciones inmunosupresoras

Sí

No

VIH

Sí

No

Diabetes

Sí

No

Enfermedad renal

Sí

No

Enfermedad del hígado

Sí

No

Anemia de celulas falciformes

Sí

No

Obesidad

Sí

	No	<input type="radio"/>
Condición de salud mental	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Otras condiciones de salud no mencionadas anteriormente	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Si "Otras" por favor especifique:		
2 - ¿Tiene alguna limitación en sus actividades diarias debido a una discapacidad física, mental o emocional? (Marque todas las que apliquen)	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Discapacidad física		
Discapacidad mental	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Discapacidad emocional	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Ninguna de las anteriores	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
Prefiero no responder	Sí	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
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	<input type="radio"/>
	No	<input type="radio"/>
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	<input type="radio"/>
	No, no falte a ninguna de mis citas	<input type="radio"/>
	No, no tuve ninguna cita medica programada	<input type="radio"/>
	No sé/ No estoy seguro	<input type="radio"/>
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	<input type="radio"/>
	Tuve síntomas de COVID-19 así que no asistí	<input type="radio"/>
	Me sentía bien, no era necesario ir	<input type="radio"/>
	No tenía dinero ni plan médico	<input type="radio"/>
	Inconveniente por razón de lugar/ hora etc.	<input type="radio"/>
	Olvidé mi cita /Falté a mi cita	<input type="radio"/>
	Me faltaron el respeto personal de la oficina o el equipo medico	<input type="radio"/>
	No pude atender mi cita por telemedicina	<input type="radio"/>
	No tenía tranportación	<input type="radio"/>

---

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.<br>

Sí, mi padre no pudieron obtener el resurtido de la farmacia porque estabamos preocupados por el distanciamiento social, interaccion con otros o la exposicion al coronavirus.<br>

Sí, tengo mi medicamento, pero me olvidé tomarlo.<br>

Sí, mi padre no pudo pagar porque perdió empleo o seguro médico.

No

No sé/ No estoy seguro

Prefiero no contestar

---

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 disgnostico y condiciones de salud en su núcleo familiar.. ¿Ha tenido síntomas de COVID-19 en algun momento desde Noviembre 2019?

Sí-He tenido síntomas.

No-No he tenido síntomas.

No sé/ No estoy seguro

---

8 - Ha recibido 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-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

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

No

---

Seguro médico/no pude pagar la prueba

Miedo al examen

Sí

No

Miedo al resultado de la prueba	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
No sabía donde podía realizarme la prueba	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
No tenía razón para realizarme la prueba	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Estaba seguro(a) que había tenido Covid-19 (Tuve síntomas o estuve expuesto(a))	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
El CDC recomendó no realizarse la prueba si tenía/tiene síntomas leves	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
La prueba no estaba disponible en el lugar donde vivo	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Estuve en cuarentena/asilamiento social	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Estuve evitando centros de salud	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>

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?

11 - ¿Ha dado positivo por COVID-19 a través de una prueba de diagnóstico más de una vez?	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	Prefiero no contestar <input type="radio"/>
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 <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	Prefiero no contestar <input type="radio"/>

13 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen) Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.	Sí <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica	Sí <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina	Sí <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
Clinica o farmacia de la comunidad	Sí <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
Cuidado urgente	Sí <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
Sala de emergencias	Sí <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
Hospital, no en la sala de emergencias	Sí <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
Otro	Sí <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
Si "Otras" por favor especifique: _____	

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 <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
	Prefiero no contestar <input type="checkbox"/>

15 - Cuantas noches estuvo usted hospitalizado?	1-2 noches <input type="checkbox"/>
	3-5 noches <input type="checkbox"/>
	Más de 5 noches <input type="checkbox"/>
	No sé/ No estoy seguro <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>
	Sí- Resulté negativo a la prueba <input type="checkbox"/>
	Nunca me he realizado la prueba <input type="checkbox"/>
	No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso. <input type="checkbox"/>

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

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

No

No sé/ No estoy seguro

Prefiero no contestar

No aplica

19 - En los pasados 14 días, tuvo algunos de los siguientes síntomas?

Sí

No

Fiebre o escalofríos

Tos con flema o mucosidad

Sí

No

Tos seca sin flema ni mucosidad

Sí

No

Dificultad para respirar

Sí

No

Fatiga/Sentirse cansado(a)

Sí

No

Dolores musculares o corporales

Sí

No

Dolor de cabeza

Sí

No

Pérdida repentino del gusto/olfato

Sí

No

Dolor de garganta

Sí

No

Congestión o gotereo nasal

Sí

No

Nausea o vómito

Sí

No

Diarrea

Sí

No

Dolor abdominal

Sí

No

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

Sí   
No   
No sé/ No estoy seguro

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   
No   
No sé/ No estoy seguro

22 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen)

Sí   
No

Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.

Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica

Sí   
No

Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina

Sí   
No

Retail clinic or pharmacy.

Sí   
No

Cuidado urgente

Sí   
No

Sala de emergencias

Sí   
No

Hospital, not in the emergency room.

Sí   
No

Otro

Sí   
No

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

23 - "

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

Sí   
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?

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

Sí   
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   
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?

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

Usar mascarilla en publico

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

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

Ver un proveedor de salud porque se sintió enfermo

Nunca   
Casi nunca

---

	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

Pasó tiempo en espacios públicos, reuniones y multitudes.	Nunca	<input type="radio"/>
	Casi nunca	<input type="radio"/>
	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

Ir a restaurantes	Nunca	<input type="radio"/>
	Casi nunca	<input type="radio"/>
	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

Usar transportacion publica	Nunca	<input type="radio"/>
	Casi nunca	<input type="radio"/>
	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

Asistir a servicios religiosos en interiores	Nunca	<input type="radio"/>
	Casi nunca	<input type="radio"/>
	Parte del tiempo	<input type="radio"/>
	Casi todo el tiempo	<input type="radio"/>
	Todo el tiempo	<input type="radio"/>

---

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   
No   
N/A

Financiero

---

Perdida de vivienda

Obtener apoyo financiero de familiares, amigos, socios, una organización u otra persona. Sí   
No   
N/A

---

Necesidad de articulos basicos como papel higienico, papel toalla, agua embotellada o jabón. Sí   
No   
N/A

---

Emocional Sí   
No   
Preocupado por amigos y familia N/A

---

Mas ansiedad Sí   
No   
N/A

---

Mas depresión Sí   
No   
N/A

---

---

Obtener apoyo emocional o social de la familia, los amigos, la pareja, un consejero u otra persona. Sí   
No   
N/A

---

.Interpersonal Sí

Pasar más tiempo con su familia o seres queridos. No

N/A

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

No

N/A

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

No

N/A

---

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.

---

28 - En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy poco probable, 3 neutral Muy poco probable   
y 5 muy probable, ¿qué probabilidades hay de que se inscriba en un

Poco probable

Neutral

Probable

Muy probable

CoVPN5002\_Version\_1.53\_AUX\_BK\_26MAR2021: ALL

Form: Questionnaire-10 to 12

Generated On: 29 Mar 2021 02:09:28

---

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

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

No

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

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 - Ha sido su hijo diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones de salud? (verifique las que apliquen) Sí   
No

Asma  
Otra enfermedad pulmonar crónica Sí   
No

Cardiopatía/Enfermedad del corazón Sí   
No

Hipertensión/Alta Presión Sí   
No

Quimioterapia para tratar cancer en los últimos 12 meses Sí   
No

Otras condiciones inmunosupresoras Sí   
No

VIH Sí   
No

Diabetes Sí   
No

Enfermedad renal Sí   
No

Enfermedad del hígado Sí   
No

Anemia de celulas falciformes	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Obesidad	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Condición de salud mental	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Otras condiciones de salud no mencionadas anteriormente	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Si "Otras" por favor especifique: _____	
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 <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Discapacidad fisica	
Discapacidad mental	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Discapacidad emocional	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Ninguna de las anteriores	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Prefiero no responder	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
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 <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
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. <input type="radio"/>
	No, no perdió cita médica. <input type="radio"/>
	No, no tenia ninguna cita programada. <input type="radio"/>
	No sé/ No estoy seguro <input type="radio"/>
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. <input type="radio"/>
	Mi hijo tuvo sintomas de COVID-19 por lo que no asistió a su cita. <input type="radio"/>
	Se sentía bien, no necesitaba asistir a la cita. <input type="radio"/>
	No tenía dinero o seguro médico. <input type="radio"/>
	Inconveniente por razón de lugar/ hora etc. <input type="radio"/>
	Olvidé mi cita /Falté a mi cita  <input type="radio"/>

- Me faltaron el respeto personal de la oficina o el equipo medico
- No pudo asistir a la visita de telemedicina.
- No tenía tranportación<br>
- Se pospuso su cita hasta que fuera seguro poder ir.
- Otro

Si "Otras" por favor especifique:

- 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
- 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

- 7 - Historial de infección por Covid-19, riesgo y exposición. Entrevistador (Lea en voz alta): Ahora le preguntaremos sobre historial de síntomas de Covid-19 en su hijo, pruebas de diagnóstico y condiciones de salud en su núcleo familiar. Ha tenido su hijo síntomas de COVID-19 en algún momento desde noviembre 2019??
- Sí-He tenido síntomas.
- No-No he tenido síntomas.
- No sé/ No estoy seguro

- 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.
- 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)
- Seguro médico/ no pude pagar la prueba
- Sí
- No

Miedo al examen	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Miedo al resultado de la prueba	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
No sabía donde podía hacerse la prueba.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
No tuvo razones para hacerse la prueba.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Estaba seguro que tenía COVID-19 (tuvo síntomas o estaba expuesto).	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
El CDC recomendó no hacerle la prueba porque los síntomas eran leves.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
La prueba no estaba disponible en el lugar donde vivo	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Estabamos en cuarentena / distanciamiento social.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Estabamos evitando las facilidades médicas.	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>

10 - Note to interviewer: Skip question 10 - question 15 if participant has never had a COVID-19 diagnostic test. Cual fue la fecha en la que su hijo resulto positivo a la prueba de diagnóstico?

---

---

11 - Ha resultado positivo su hijo a COVID-19 a través de una prueba de diagnóstico mas de una vez?	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	Prefiero no contestar <input type="radio"/>
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 <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	Prefiero no contestar <input type="radio"/>

---

13 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen)	Sí <input type="radio"/>
Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica.	No <input type="radio"/>
Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Clinica o farmacia de la comunidad	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Cuidado urgente	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Sala de emergencias	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Hospital, no en la sala de emergencias	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Otro	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Si "Otras" por favor especifique: _____	

---

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 <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	Prefiero no contestar <input type="radio"/>
15 - ¿Cuántas noches estuvo su hijo hospitalizado?	1-2 noches <input type="radio"/>
	3-5 noches <input type="radio"/>
	Más de 5 noches <input type="radio"/>
	No sé/ No estoy seguro <input type="radio"/>
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. <input type="radio"/>
	Sí- resultó negativo. <input type="radio"/>
	Nunca me he realizado la prueba <input type="radio"/>
	No sé/ No estoy seguro <input type="radio"/>

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

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

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

No

Fiebre o escalofríos

Tos con flema o mucosidad

Sí

No

Tos seca sin flema ni mucosidad

Sí

No

Dificultad para respirar

Sí

No

Fatiga/Sentirse cansado(a)

Sí

No

Dolores musculares o corporales

Sí

No

Dolor de cabeza

Sí

No

Pérdida repentino del gusto/olfato

Sí

No

Dolor de garganta

Sí

No

Congestión o gotereo nasal

Sí

No

Nausea o vómito

Sí

No

Diarrea

Sí

No

Dolor abdominal

Sí

---

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   
No   
No sé/ No estoy seguro

---

---

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   
No   
No sé/ No estoy seguro

---

---

22 - ¿Dónde recibió atención médica? (Marque todas las que apliquen)

Visitó a su médico primario o alguna otra oficina médica. Sí   
No

---

Llamo a su médico primario o alguna otra oficina médica Sí   
No

---

Llamada telefónica a la oficina del médico primario u otra oficina Sí   
No

---

Clinica o farmacia de la comunidad Sí   
No

---

Cuidado urgente Sí   
No

---

Sala de emergencias Sí   
No

---

Hospital, no en la sala de emergencias Sí   
No

---

Otro Sí

---

No

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

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

No

No sé/ No estoy seguro

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

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

Sí

No

No se/No estoy seguro/Resultado de prueba inconcluso

25 - ¿En el pasado mes, alguien en su núcleo familiar que no sea su hijo ha experimentado algún síntoma de COVID-19?

Sí

No

No sé/ No estoy seguro

#### IMPACTO COVID-19

Entrevistador (leer en voz alta): Nos gustaría 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

No

N/A

Financiero

Perdida de vivienda

Necesidad de ayuda de familiares, amigos, compañeros, una organización u otra persona.

Sí

No

N/A

Necesidad de artículos básicos como papel higiénico, papel toalla, agua embotellada o jabón.

Sí

No

---

	N/A <input type="radio"/>
Emocional	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
Preocupado por amigos y familia	N/A <input type="radio"/>
Mas ansiedad	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>
Mas depresión	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>

---

Obtener apoyo emocional o social de la familia, los amigos, la pareja, un consejero u otra persona.	Sí <input type="radio"/>
	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 type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>

---

.Interpersonal	Sí <input type="radio"/>
Pasar más tiempo con su familia o seres queridos. 	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 type="radio"/>
	No <input type="radio"/>
	N/A <input type="radio"/>

---

Aislamiento o en cuarentena con la familia	Sí <input type="radio"/>
--	--------------------------

---

No

N/A

---

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

Sí

No

N/A

---

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

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

No

---