



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

CUESTIONARIO SOBRE LA COVID-19

Display Name- 24 Horas: CUESTIONARIO SOBRE LA COVID-19

Las siguientes preguntas hacen referencia a sus experiencias relacionadas con la COVID-19

1. ¿Ha tenido COVID-19 o la enfermedad causada por el nuevo coronavirus?

- No
- Definitivamente sí
- Creo que sí
- Quizá

2. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le dijo que tenía COVID-19?

- No
- Definitivamente sí
- Sí, presunta o probable

2a. ¿Ha vuelto a su estado de salud habitual después de padecer COVID-19?

- No
- Sí

2b. ¿Cuánto tiempo le llevó la recuperación? _____ días

2c. ¿Cuál fue la fecha aproximada en que contrajo esta enfermedad? ___/___/___ (MM/DD/AA)

2d. Aproximadamente, ¿cuántos días duraron los síntomas? _____ días

3. ¿Se ha realizado la prueba de detección del coronavirus o COVID-19?

- No
- Sí
- No estoy seguro

3a. ¿Cuántas veces le realizaron la prueba? _____ veces

Las siguientes preguntas le pedirán detalles sobre su primera prueba de COVID-19

3b. ¿Cuál fue la fecha de su primera prueba de COVID-19? ___/___/___ (MM/DD/AA)

3c. Motivos por los que le realizaron la primera prueba de COVID-19:

3c1. Tenía síntomas de COVID-19

- Sí
- No



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

CUESTIONARIO SOBRE LA COVID-19

Display Name- 24 Horas: CUESTIONARIO SOBRE LA COVID-19

Motivos por los que le realizaron la primera prueba de COVID-19:

3c2. Una persona conocida tenía síntomas de COVID-19 Sí No

Motivos por los que le realizaron la primera prueba de COVID-19:

3c3. Un médico me indicó que me hiciera la prueba de COVID-19 Sí No

Motivos por los que le realizaron la primera prueba de COVID-19:

3c4. Estaba preocupado por la COVID-19 Sí No

¿Hubo algún motivo adicional por el que se realizó su primera prueba de COVID-19?

Sí No

Describa el motivo:

3d. Tipo de prueba de la primera prueba de COVID-19:

- Hisopado nasofaríngeo
- Prueba de sangre
- Prueba de saliva
- Otra

4d. Si es otra prueba, especifique: _____

3e. ¿Cuál fue el resultado de su primera prueba de COVID-19?

- Positivo para el virus de la COVID-19 Negativo para el virus de la COVID-19
- No estoy seguro

3f. ¿Alguna vez tuvo un resultado positivo para el virus de la COVID-19?

- No
- Sí

4. ¿Alguna vez estuvo internado por COVID-19, presunta o confirmada?

- No
- Sí

4a. ¿Cuántas noches estuvo internado? _____ noches

4a1. Fecha de internación: ___/___/___ (MM/DD/AA)



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

CUESTIONARIO SOBRE LA COVID-19

Display Name- 24 Horas: CUESTIONARIO SOBRE LA COVID-19

4a2. Fecha de alta: ___/___/___ (MM/DD/AA)

Para la constatación de los registros médicos, proporcione el nombre del hospital, la ciudad y el estado:

4b. : _____

5. ¿Cuántas personas viven en su hogar (o en el lugar donde reside)?

- Vivo solo
- Dos personas
- Tres personas
- Más de tres personas

5a. ¿Cuántas personas de su hogar (o del lugar donde reside), **sin contarse usted**, se han hecho la prueba de COVID-19?

- Ninguna
- Una persona
- Dos personas
- Tres personas
- Más de tres personas

5b. ¿Cuántos resultados de las pruebas fueron positivos para el virus de la COVID-19?

- Ninguna
- Uno
- Dos
- Tres
- Más de tres

5c. ¿Cambiaron sus hábitos en su casa?

- No
- Sí

5c1. ¿Usó cubrebocas en su casa?

.

- No
- Sí



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

CUESTIONARIO SOBRE LA COVID-19

Display Name- 24 Horas: CUESTIONARIO SOBRE LA COVID-19

5c2. ¿Las personas infectadas usaron cubrebocas en su casa?

- No
 Sí

6. ¿Podríamos volver a llamarlo en el futuro para saber cómo se encuentra y hacerle estas preguntas nuevamente?

- No
 Sí

¡Gracias por completar este cuestionario!