



HCHS/SOL – COVID-19 Questionnaire Wave 2 Spanish (CVSB)

ID NUMBER:

FORM CODE: CVSB
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact Occasion 0 3

Occurrence 0 1

Instructions: This survey should be administered to all HCHS/SOL eligible participants. Data collection can occur as part of an AFU call (immediately after) or as a separate call. Responses on this questionnaire can be supplied by a designated AFU respondent. The Completion Date is the day the interview was attempted or the questionnaire was completed. Use the CDART field status to code 'Don't know/refused, Missing, etc., for those questions that do not list these as an option.

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

0b. Staff ID:

0c. Did the participant report a COVID-19 diagnosis or is there a record of a COVID-19 hospitalization on the Wave 1 CVE form? **[pre-filled by CDART]**

No 0
Yes 1

0d. A continuación, me gustaría preguntarle sobre sus experiencias relacionadas con COVID-19. Las respuestas a esta encuesta contribuirán a comprender mejor el COVID-19 y la forma en que afecta a personas como usted. ¿Eso está bien?

No 0 **[Go to Question 0e]**
Sí 1 **[If 0c=Yes, Skip to Q1; If 0c=No, Skip to Q2]**

0e. ¿Lo(a) puedo llamar en otra ocasión que le sea conveniente para hacerle estas preguntas?

No 0 **[END FORM]**
Sí 1

0f. ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente? / / (mm/dd/yyyy)

0f1. Hora para hacer la llamada: : **[24-hr format]**

0g. Staff notes: _____

COVID-19 SELF-REPORT

0h. Date of most recent COVID call or C4R start date: / / **[pre-filled by CDART]**

1. Durante nuestra última llamada con usted el _____, nos informó sobre su diagnóstico positivo de COVID-19. ¿Cuál fue la fecha de su diagnóstico?



HCHS/SOL – COVID-19 Questionnaire Wave 2 Spanish (CVSB)

ID NUMBER:

FORM CODE: CVSB
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact Occasion

0 3

Occurrence

0 1

/ / (mm/dd/yyyy)

2. Desde el _____, ¿se ha realizado alguna prueba de detección de COVID-19? Por favor incluya todos los tipos de pruebas que podrían indicar una infección actual o anterior (por ejemplo, pruebas de hisopado nasal, de saliva, de sangre, de PCR, de antígenos o de anticuerpos). Por favor no incluya pruebas de COVID-19 realizada por el estudio HCHS/SOL (p. ej., pruebas de manchas de sangre seca).

- 0 No **[Go to Question 8]**
- 1 Sí
- 2 No estoy segura/o **[Go to Question 8]**

3. ¿Qué tipo de prueba fue? (Marque todo lo que corresponda)

- a. Nariz (hisopado nasal o nasofaríngeo) 0 No 1 Sí
- b. Hisopado de garganta 0 No 1 Sí
- c. Prueba de saliva 0 No 1 Sí
- d. Análisis de sangre 0 No 1 Sí
- e. Otro 0 No 1 Sí

e.1. Si Otro, especifique: _____

4. ¿Tuvo alguna prueba positiva que mostró que tenía COVID-19? Incluya todos tipos de pruebas.

- 0 No **[Go to Question 6]**
- 1 Sí **[Go to Question 5]**
- 2 No estoy segura/o **[Go to Question 8]**

5. ¿Desde el _____, cuándo fue la primera vez que obtuvo una prueba positiva que mostró que tenía COVID-19?

/ / (mm/dd/yyyy) **[If Q4=Yes, Answer then Skip to Question 12]**

6. ¿Usted cree que pudo haber tenido COVID-19 en algún momento entre el ___ y ahora, a pesar de haber tenido una prueba de COVID-19 negativa?

- 0 No **[Go to Question 25]**
- 1 Sí definitivamente
- 2 Sí creo que sí



HCHS/SOL – COVID-19 Questionnaire Wave 2 Spanish (CVSB)

ID NUMBER:

FORM CODE: CVSB
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact Occasion

0 3

Occurrence

0 1

3 Quizás

7. Durante ese período de tiempo entre el _____ y ahora, ¿Cuándo cree usted que tuvo COVID-19 por primera vez? [Answer then Skip to Question 12]

// (mm/dd/yyyy)

8. ¿Cree que pudo haber tenido COVID-19 en algún momento entre el _____ y ahora, aunque no se haya realizado una prueba de COVID-19 que haya resultado positiva?

- 0 No [Go to Question 25]
- 1 Sí definitivamente
- 2 Sí creo que sí
- 3 Quizás

9. ¿Por qué no se realizó una prueba de COVID-19 en ese momento? (Marque todo lo que corresponda)

- a. No sabía cómo/dónde hacerme la prueba 0 No 1 Sí
- b. Era difícil hacerse la prueba (p. ej., había filas largas) 0 No 1 Sí
- c. Me daba miedo hacerme la prueba 0 No 1 Sí
- d. No pensé que necesitara hacerme la prueba 0 No 1 Sí
- e. Me preocupaba el costo 0 No 1 Sí
- f. Me preocupaban las consecuencias de ser diagnosticado/a de COVID-19 0 No 1 Sí
- g. Un proveedor de atención médica me dijo que no era necesario hacerme una prueba 0 No 1 Sí

10. ¿Cuándo cree usted que tuvo COVID-19 por primera vez durante ese período de tiempo entre el _____ y ahora?

// (mm/dd/yyyy)

Q11 – Part A

11. En ese momento, ¿tuvo alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

- a. Síntomas de COVID-19 (como fiebre, tos, dificultad para respirar) 0 No 1 Sí
- b. Contacto con alguien que tenía COVID-19 0 No 1 Sí
- c. Otro 0 No 1 Sí
- c.1. Si Otro, especifique: _____



HCHS/SOL – COVID-19 Questionnaire Wave 2 Spanish (CVSB)

ID NUMBER:								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: CVSB
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

Q11 – Part B: COVID-19 RE-INFECTION

Questions 11d-11j are applicable only to those with a COVID-19 diagnosis reported between Wave 1 date and now (responded “Yes” to question 4, 6, or 8.)

“Usted nos ha informado que sabe o cree que se infectó con COVID-19 en [FILL IN MONTH, YEAR FROM Q5, Q7, or Q10]. Las siguientes preguntas se refieren a posibles veces que se haya vuelto a infectar desde ese momento.

11d. Desde el momento en que tuvo COVID-19 el _____, ¿alguna vez le ha informado un proveedor de atención médica que pudo haber contraído COVID-19 por segunda vez, o que se haya vuelto a infectar con COVID-19?
0 No **[Go to Question 12]**
2 Sí

11e. ¿Cuándo sabe o cree que se volvió a infectar por primera vez con COVID-19, desde el _____?
____/____/____ (mm/dd/yyyy)

11f. En ese momento, ¿tuvo alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)
11f1. Otra prueba que mostró que tenía COVID-19 0 No 1 Yes
11f2. Síntomas de COVID-19 (como fiebre, tos, dificultad para respirar) 0 No 1 Yes
11f3. Contacto con alguien que tenía COVID-19 0 No 1 Yes
11f4. Otro 0 No 1 Yes
11f5. Si Otro, especifique: _____

11g. Esta vez, cuando se volvió a infectar ¿cómo se comparaban sus síntomas con los síntomas que tuvo durante su primera infección con COVID-19?
1 Peores que los de la primera infección
2 Mas o menos iguales que los de la primera infección
3 Mejores que los de la primera infección
4 No tuve síntomas

11h. ¿Se ha vuelto a infectar con COVID-19 desde entonces?
0 No → **[Go to 11j]**
1 Sí
9 No lo sé → **[Go to 11j]**

11i. Si contesta Sí, ¿cuándo sabe o cree que se volvió a infectar por segunda vez?
____/____/____ (mm/dd/yyyy)



HCHS/SOL – COVID-19 Questionnaire Wave 2 Spanish (CVSB)

ID NUMBER:

FORM CODE: CVSB
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact Occasion 0 3

Occurrence 0 1

11j. Antes de pasar a la siguiente sección, quisiera revisar lo que me dijo. Usted se infectó con COVID-19 por primera vez el _____. Luego, se volvió a infectar el _____, [otra vez el _____,] [y otra vez el _____]. ¿Está correcto? "

- 0 No → **Correct answers**
- 1 Sí

COVID-19 HOSPITALIZATION

Time frame for Questions 12-20 is since the date of the most recent COVID call, if applicable. If participant did not complete a Wave 1 COVID-19 Interview, time frame is from 3/1/2020 to now. See date in Q0h.

"Ahora quisiera preguntarle acerca de las hospitalizaciones que pudo haber tenido recientemente por causa de COVID-19".

12. Desde el _____, ¿ha permanecido usted una noche en un hospital por alguna afección relacionada con COVID-19?

- 0 No **[Go to Question 19]**
- 1 Sí
- 2 No estoy segura/o **[Go to Question 19]**

13. ¿Cuántas veces ha sido ingresado/a en el hospital por COVID-19 o complicaciones relacionadas con ella?

14. ¿Cuándo fue la primera vez que fue hospitalizado/a por COVID-19 o complicaciones relacionadas con ella?

/ / (mm/dd/yyyy)

15. ¿En qué hospital le ingresaron?

a. Nombre: _____

b. Ciudad: _____

c. Estado/País: _____

16. ¿Cuántas noches permaneció en el hospital durante su primera hospitalización relacionada con COVID-19?



HCHS/SOL – COVID-19 Questionnaire Wave 2 Spanish (CVSB)

ID NUMBER:

FORM CODE: CVSB
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact Occasion 0 3

Occurrence 0 1

17. Mientras estaba hospitalizada(o), ¿recibió usted alguno de los siguientes tratamientos?

a. Oxígeno (por mascarilla o nariz)

- 0 No
- 1 Sí
- 2 No lo sé

a.1. Si contesta Sí, Núm. de días necesarios

b. Colocación de un tubo endotraqueal o respirador

- 0 No
- 1 Sí
- 2 No lo sé

b.1. Si contesta Sí, Núm. de días necesarios

c. Monitorización en la unidad de terapia intensiva (UTI)

- 0 No
- 1 Sí
- 2 No lo sé

c.1. Si contesta Sí, Núm. de días necesarios

d. Diálisis

- 0 No
- 1 Sí
- 2 No lo sé

d.1. Si contesta Sí, Núm. de días necesarios

18. Después de esta hospitalización, usted:

- 1 ¿regresó a su casa?
- 2 ¿le trasladaron a una clínica particular o centro de rehabilitación?
- 3 ¿se fue a vivir a la casa de un familiar o un amigo?
- 4 Otro

18.a. Si Otro, especifique: _____

COVID-19 SYMPTOMS

"Ahora quisiera preguntarle acerca de los síntomas que puede haber tenido cuando tuvo COVID-19 o cuando pensaba que tenía COVID-19."



HCHS/SOL – COVID-19 Questionnaire Wave 2 Spanish (CVSB)

ID NUMBER:

FORM CODE: CVSB
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact Occasion 0 3

Occurrence 0 1

19. En el momento que supo o pensó que tenía COVID-19, ¿tenía algún síntoma?

- 0 No
- 1 Sí
- 2 No estoy segura/o

20. En términos generales, cuando los síntomas de COVID-19 estaban en su peor momento, ¿cuánto interfirieron éstos (impidieron que siguiera) con sus actividades diarias?

- 1 Para nada
- 2 Apenas
- 3 Un poco
- 4 Bastante
- 5 Mucho
- 6 No me acuerdo

COVID-19 RECOVERY

21. Después de su infección más reciente con COVID-19, ¿usted diría que actualmente está completamente recuperada/o de COVID-19?

- 0 No **[Go to Question 24]**
- 1 Sí
- 2 No estoy segura/o **[Go to Question 24]**

22. ¿Cuánto tiempo tardó en recuperarse? a. meses b. días

23. En este momento, ¿tiene usted alguno de los siguientes síntomas? (Marque todo lo que corresponda)

Síntomas:

- a. Problemas de memoria 0 No 1 Sí
- b. Problemas para prestar atención 0 No 1 Sí
- c. Problemas de apetito 0 No 1 Sí
- d. Sensación de desvanecimiento 0 No 1 Sí
- e. Dificultades para dormir 0 No 1 Sí
- f. Períodos con palpitaciones cardíacas 0 No 1 Sí
- g. Incapacidad para hacer ejercicio como antes de tener COVID 0 No 1 Sí
- h. Incapacidad para regresar al trabajo o al lugar del estudio (si trabajaba o 0 No 1 Sí



HCHS/SOL – COVID-19 Questionnaire Wave 2 Spanish (CVSB)

ID NUMBER:								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: CVSB
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

- estudiaba antes de padecer COVID) 0 No 1 Sí
- i. Incapacidad para volver a sus actividades habituales antes de padecer COVID 0 No 1 Sí
- j. Sensación de debilidad, cansancio o enfermedad 24-48 horas después de la actividad física 0 No 1 Sí
- k. Otro 0 No 1 Sí
- k.1. Si Otro, especifique: _____

24. ¿Cuánto le preocupa que la infección por COVID-19 vaya a tener un efecto a largo plazo en su salud?

- 1 Nada en absoluto
2 Un poco
3 Mucho

COVID-19 VACCINE

25. ¿Alguna vez ha recibido usted la vacuna contra COVID-19?

- 0 No [END FORM]
1 Sí
2 No estoy segura/o [END FORM]

26. ¿Qué vacuna recibió usted?

- 1 Moderna
2 Pfizer
3 AstraZeneca
4 Janssen or Johnson & Johnson / J&J
5 Desconozco
6 Otra

26a. Si Otra, especifique: _____

27. ¿Cuántas dosis recibió?

- 1 Una
2 Una, pero planea recibir la segunda
3 Dos
4 Tres o más

28. ¿En qué fecha recibió su dosis más reciente de la vacuna?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(mm/yyyy)
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------