

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

FORM CODE: CVS
VERSION:1, 5/4/2020

Contact
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

(minor corrections 6/3/2020)

2a. Nombre del Médico: _____

2b. Nombre de la Clínica o Institución: _____

2c. Dirección: _____

2d. Ciudad: _____

[Outside the US, enter City and Country]

2e. Estado:

[Ask Q2f only if Q1 OR Q2 is recorded as 'Yes, definitely']

2f. ¿Se ha recuperado de la enfermedad del COVID-19, ha regresado a su estado de salud habitual?

No 0 [Go to Question 3]

Sí 1

2g. ¿Cuánto tiempo le tomó recuperarse? días

3. **Desde el 1 de enero del 2020**, ¿ha tenido un resfriado o síntomas de gripe?

No 0 [Go to Question 4]

Sí 1

3a. ¿Cuál fue la fecha aproximada de la enfermedad? //

3b. Aproximadamente, ¿cuántos días tuvo los síntomas? días

4. ¿Le han hecho la prueba del coronavirus o COVID-19?

No 0 [Go to Question 5]

Sí 1

Unsure 2 [Go to Question 5]

4a. ¿Cuántas veces le han hecho la prueba? veces

“¿Puede proveer detalles sobre su primera prueba del COVID-19?”

4b. ¿Cuándo fue su **primera** prueba del COVID-19? //

4c. Razón para **la primera** prueba del COVID-19:

No Sí

4c1. Tenía síntomas del COVID-19 0 1

4c2. Alguien que conozco tenía síntomas del COVID-19 0 1

4c3. Un médico me dijo que me hiciera la prueba del COVID-19 0 1

4c4. Yo estaba preocupado(a) sobre el COVID-19 0 1

4c5. Otro 0 1

4c5a. Si otro, especifique: _____

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

FORM CODE: CVS
VERSION:1, 5/4/2020

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

(minor corrections 6/3/2020)

4d. Tipo de prueba para el **primer** examen del COVID-19:

- Hisopo nasofaríngeo 1
- Prueba de sangre 2
- Prueba de saliva 3
- Otro 4

4d1. Si otro, especifique: _____

4e. ¿Cuál fue el resultado de su **primera** prueba del COVID-19?

- Negativa 0
- Positiva 1 **[Go to Question 5]**
- Unsure 2

[Ask Q4f only if participant had more than one test done (if Q4a> '1')]

4f. ¿Alguna vez ha tenido una prueba positiva del COVID-19?

- No 0
- Sí 1

5. ¿Alguna vez ha pasado una noche en un hospital por sospecha o diagnóstico del COVID-19?

- No 0 **[Go to Question 6]**
- Sí 1

5a. ¿Cuántas noches estuvo en el hospital? noches

5a1. Fecha de llegada al hospital: //

5a2. Fecha de salida del hospital: //

Para verificación de registros médicos, por favor me puede proveer:

5b. Nombre del hospital: _____,

5b1. Ciudad donde se encuentra el hospital: _____
[Outside the US, enter City and Country]

5b2. El estado donde se encuentra el hospital:

“Ahora tengo preguntas sobre otras personas que vivan con usted.”

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

FORM CODE: CVS
VERSION:1, 5/4/2020

Contact
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

(minor corrections 6/3/2020)

6. ¿Cuántas personas viven con usted en su hogar (personas que residen/moran en el mismo lugar que usted)? **[Q6 ONLY, options 2-4, includes participant]**

- Vivo solo(a) 1 **[Go to Question 7]**
Dos personas 2
Tres personas 3
Más de tres personas 4

6a. ¿Cuántas personas en su hogar (o en el lugar donde usted reside) **sin contarse a usted**, se han hecho la prueba del COVID-19?

- Nadie 0 **[Go to Question 7]**
Una persona 1
Dos personas 2
Tres personas 3
Más de tres personas 4

6b. ¿Cuántos tuvieron resultados de la prueba positiva?

- Nadie 0 **[Go to Question 7]**
Una persona 1
Dos personas 2
Tres personas 3
Más de tres personas 4

6c. ¿Cambiaron sus hábitos en el hogar?

6c1. ¿Usaron mascarillas faciales?

6c2. ¿La persona(s) infectada(s) usó (usaron) mascarilla en (dentro de) la casa?

6c3. ¿La persona(s) infectada(s) se mantuvo alejado(a) de usted?

No	Sí
0 <input type="checkbox"/> [Go to Question 7]	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

7. ¿En su hogar, hay alguna persona que sale de la casa regularmente (por ejemplo, sale para ir a trabajar)?

0 **[Go to Question 8]** 1

7a. ¿Puede mantenerse a 6 pies de distancia?

0 1

B. CLOSING

Gracias. Entendemos que estos son momentos difíciles para muchos de los participantes de SOL.

8. ¿Tiene alguna pregunta sobre el COVID-19 o sobre donde puede encontrar información de apoyo?

- No 0
Sí 1 **[See FAQs]**

Muy bien. Por favor, llámenos si necesita información adicional. Muchas gracias por su participación.