



Collaborative Cohort of Cohorts  
for COVID-19 Research

**Acerca de este cuestionario:** Este cuestionario fue desarrollado por [C4R](#), la Cohorte Colaborativa de Cohortes para la Investigación de la covid-19, y se encuentra aprobado por la comisión institucional de revisión (IRB, por sus siglas en inglés) del Centro Médico Irving de la Universidad Columbia (AAAT3035), cuyos investigadores principales son Elizabeth C. Oelsner, M.D., M.P.H. y Graham Barr, M.D., Dr.P.H.

**Propósito:** El objetivo de este cuestionario es determinar los datos sobre las pruebas de la covid-19, así como los síntomas, la recuperación, la reinfección y la vacunación, los diagnósticos y las hospitalizaciones autoinformados. También se evalúa el impacto de la pandemia sobre el acceso a la salud, las finanzas, los comportamientos relacionados con la salud, las interacciones sociales y el estado de ánimo.

**Contenido:** Este cuestionario puede ser entregado tanto a personas que no se hayan hecho evaluaciones de covid anteriormente, como a quienes cuenten con evaluaciones de covid previas. En caso de contar con evaluaciones previas, proporcionamos texto de guía a fin de que el entrevistador recopile nueva información.

**Modo de realización:** Por teléfono, cuadernillo enviado por correo, correo electrónico o portal en línea.

**Tiempo para completar:** Dependiendo del modo de realización y de los antecedentes de covid de la persona encuestada, el cuestionario puede completarse en 5 a 60 minutos.

**Recursos adicionales:** El libro de códigos y el diccionario de datos RedCap están disponibles bajo petición. Los investigadores interesados en conocer más acerca de la C4R pueden visitar <https://c4r-nih.org>.

**Cohortes participantes:** Este cuestionario incorpora información de 14 cohortes financiadas por los NIH (siglas en inglés de los Institutos Nacionales de la Salud) que participan en la C4R, y se utilizará en ellas: Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC); Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study; Genetic Epidemiology of COPD (COPDGene); Familial Interstitial Pneumonia (FIP); Framingham Heart Study (FHS); Hispanic Community Health Study (Study of Latinos (HCHS/SOL); Jackson Heart Study (JHS); Mediators of Atherosclerosis in South Asians Living in America (MASALA) Study; Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA); Northern Manhattan Study (NOMAS); REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS); Severe Asthma Research Program (SARP); Subpopulations and Intermediate Outcome Measures in COPD Study (SPIROMICS); Strong Heart Study (SHS).

**Financiación:** La C4R está financiada por OT2HL158276 de los NIH.

**Cita sugerida:** C4R Investigators (2020) C4R Questionnaire.



## Citas

El Subcomité de Cuestionarios de la C4R adaptó elementos de los siguientes instrumentos de encuesta:

- Oelsner MESA COVID-19 Questionnaire 2020 [disponible en [https://www.phenxtoolkit.org/toolkit\\_content/PDF/MESA\\_Questionnaire\\_Annotated.pdf](https://www.phenxtoolkit.org/toolkit_content/PDF/MESA_Questionnaire_Annotated.pdf)].
- MACS/WIHS-CSS. COVID-19 Questionnaire 2020 [disponible en [https://www.phenxtoolkit.org/toolkit\\_content/PDF/MACS-WIHS.pdf](https://www.phenxtoolkit.org/toolkit_content/PDF/MACS-WIHS.pdf)].
- HRS. COVID-19 Questionnaire 2020 [disponible en <https://hrs.isr.umich.edu/sites/default/files/meta/2020/core/qnaire/online/05hr20COVID.pdf>].
- ABCD COVID-19 Impact Measure - Parent disponible en [https://www.phenxtoolkit.org/toolkit\\_content/PDF/UCSD\\_ABCD\\_Parent.pdf](https://www.phenxtoolkit.org/toolkit_content/PDF/UCSD_ABCD_Parent.pdf)].
- BRFSS. Questionnaire 2019 [disponible en <https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2019-BRFSS-Questionnaire508.pdf>].
- FLU-PRO Instrument, Global Rating of Flu Severity Instrument, Patient Global Assessment of Interference with Daily Activities (Powers JH, 3<sup>rd</sup> et al. Reliability, Validity, and Responsiveness of InFLUenza Patient-Reported Outcome (FLU-PRO(c)) Scores in Influenza-Positive Patients. Value Health. 2018;21:210-218.)
- Levine DW, Kripke DF, Kaplan RM, Lewis MA, Naughton MJ, Bowen DJ, et al. Reliability and validity of the Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale. Psychol Assess. 2003;15(2):137-48.
- RAND. Social Support Survey Instrument [disponible en [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/social-support/survey-instrument.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/social-support/survey-instrument.html)].
- Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). Am J Prev Med. 1994;10(2):77-84.
- Pilkonis PA, Choi SW, Reise SP, Stover AM, Riley WT, Cella D, et al Item banks for measuring emotional distress from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS(R)): depression, anxiety, and anger. Assessment. 2011;18(3):263-83.
- Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. Int J Behav Med. 2008;15(3):194-200.
- Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. J Pers Assess. 1996;66(1):20-40.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385-96.
- COVID-19 Attitudes and Beliefs (Gadoth A, Halbrook M, et al. Cross-sectional Assessment of COVID-19 Vaccine Acceptance Among Health Care Workers in Los Angeles. Ann Intern Med. 9 de febrero de 2021. <https://doi.org/10.7326/M20-7580>. Los investigadores que utilicen estos artículos deben ponerse en contacto con la investigadora principal Anne Rimoin, arimoin@ucla.edu).



ID del participante:

ID del entrevistador:

Fecha:   /   /     
Mes                      Día                      Año

### Encuesta sobre la covid-19

Saludos cordiales. Sus respuestas a esta encuesta nos ayudarán a comprender mejor la covid-19 y la forma en que afecta a personas como usted.

Si no ha tenido covid-19, prevemos que completar la encuesta le llevará entre 5 y 10 minutos. Si le han diagnosticado covid-19 le haremos algunas preguntas más, por lo que completar la encuesta podría llevarle alrededor de 30 minutos como máximo. Si comienza a responder la encuesta y necesita continuar más tarde, puede desplazarse hacia abajo y hacer clic en el botón SUBMIT AND RETURN LATER (“enviar y continuar después”) al final de la página; tal solo asegúrese de registrar su código para continuar.

Muchas gracias por participar en esta importante investigación.

#### Desde su último cuestionario sobre la covid-19

La última vez que le preguntamos algo sobre la covid-19 fue [DATE]. En ese momento, usted informó que [HAD/had NOT] tenido covid-19. Las siguientes preguntas serán sobre su experiencia desde que completó el último cuestionario sobre la covid-19 el día [DATE].

#### **PRUEBAS DE DETECCIÓN DE LA COVID-19**

Desde que completó el último cuestionario sobre la covid-19, ¿alguna vez se ha realizado alguna prueba de detección de la covid-19? Incluya todos los tipos de pruebas que puedan mostrar una infección actual o pasada (por ejemplo, hisopado nasal, pruebas de saliva, sangre, PCR, antígenos o anticuerpos).

- Sí
- No → **Pasar a AUTOINFORME**
- No estoy seguro/a

→ Si desea proporcionar información sobre por qué no está seguro/a, coloque sus comentarios aquí: \_\_\_\_\_

**Pasar a AUTOINFORME**

¿Por qué le hicieron la prueba de covid-19? (Marque todo lo que corresponda).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pensé que podría haber tenido covid-19                    | <input type="checkbox"/> El lugar donde estudio solicitó que me hiciera la prueba   |
| <input type="checkbox"/> Tuve síntomas de covid-19                                 | <input type="checkbox"/> Tuve que hacerme la prueba antes de un procedimiento médico  |
| <input type="checkbox"/> Alguien con quien estuve tenía covid-19                   | <input type="checkbox"/> Tuve que hacerme la prueba antes o después de viajar   |
| <input type="checkbox"/> Un médico me dijo que me hiciera la prueba de covid-19    | <input type="checkbox"/> Tuve que hacerme la prueba para visitar o cuidar a una persona de alto riesgo (por ejemplo, un adulto mayor de la familia) |
| <input type="checkbox"/> Un departamento de salud me dijo que me hiciera la prueba | <input type="checkbox"/> Otros motivos: _____   |
| <input type="checkbox"/> Estaba preocupado/a por la covid-19                       |   |
| <input type="checkbox"/> Mi empleador o trabajo solicitó que me hiciera la prueba  |   |



Desde que completó el último cuestionario sobre la covid-19, ¿alguna vez se ha realizado alguna prueba cuyo resultado mostró que tenía covid-19? Tenga a bien incluir todos los tipos de pruebas.

- Sí
- No → **Pasar a AUTOINFORME**
- No estoy seguro/a →

Si desea proporcionar información sobre por qué no está seguro/a, coloque sus comentarios aquí: \_\_\_\_\_

**Pasar a AUTOINFORME**

*Si se ha notificado previamente una infección por covid:*

¿Cuándo fue que le hicieron una prueba según la cual usted tenía covid-19?

*Si no hay un registro pasado de infección por covid:*

¿Cuándo fue la primera vez que le hicieron una prueba según la cual usted tenía covid-19?

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ (Haga el cálculo aunque no esté seguro/a).

¿Qué tipo de prueba fue? Elija uno:

- Nariz (hisopado nasal o nasofaríngeo)
- Hisopado de garganta
- Prueba de saliva
- Análisis de sangre (incluye las pruebas por extracción de sangre, mancha de sangre seca o pinchazo en el dedo)
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Estaría dispuesto/a a enviar una copia de los resultados de covid-19 al estudio?

- Sí →
- No

Le invitamos a enviar sus resultados de la siguiente manera: [FILL IN COHORT PROCEDURES]

**Pasar a REINFECCIÓN POR COVID-19**



### AUTOINFORME SOBRE COVID-19

Como sabemos que algunas personas pueden haber tenido covid-19 sin haber obtenido un resultado positivo en la prueba de detección, queremos hacerle algunas preguntas más.

Desde que completó el último cuestionario sobre la covid, ¿cree que ha tenido covid-19?

- Sí, indudablemente
- Creo que sí
- Tal vez → **Pasar a PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**
- No → **Pasar a PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

¿Cuándo creyó que tuvo covid-19?

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ (Haga el cálculo aunque no esté seguro/a).

¿Le hicieron la prueba en ese momento?

- Sí →
- No

¿Qué tipo de prueba fue? Elija uno:

- Nariz (hisopado nasal o nasofaríngeo)
- Hisopado de garganta
- Prueba de saliva
- Análisis de sangre (incluye las pruebas por extracción de sangre, mancha de sangre seca o pinchazo en el dedo) Otro: \_\_\_\_\_

¿Estaría dispuesto/a a enviar una copia de los resultados de covid-19 al estudio?

- Sí
- No

¿Por qué no le hicieron la prueba de covid-19 en ese momento? Marque todo lo que corresponda:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No sabía cómo/dónde hacerme la prueba                     | <input type="checkbox"/> Me preocupaban las consecuencias de ser diagnosticado/a de covid-19             |
| <input type="checkbox"/> Era difícil hacerse la prueba (p.ej., había filas largas) | <input type="checkbox"/> Un proveedor de atención médica me dijo que no era necesario hacerme una prueba |
| <input type="checkbox"/> Me daba miedo hacerme la prueba                           |  |
| <input type="checkbox"/> No pensé que tenía que hacerme la prueba                  |  |
| <input type="checkbox"/> Me preocupaba el costo                                    |  |



### PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Desde que completó el último cuestionario sobre la covid, ¿algún proveedor de atención médica le ha dicho que usted tenía covid-19?

- Sí, indudablemente →
- Sí, es probable o se →
- sospecha No

**Si la respuesta es “Sí”:**

- a. ¿Tuvo síntomas de covid-19?  Sí  No
  - b. ¿Tuvo contacto estrecho con alguien que tenía covid-19?  Sí  No
- \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es “No” a RESULTADO POSITIVO, AUTOINFORME y PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:** Dado que nos interesa comprender los efectos de la covid-19 sobre la salud, le agradeceríamos que nos notificara si le diagnostican covid-19. Puede ponerse en contacto con nosotros de la siguiente manera:\_\_\_\_\_. También puede enviar los resultados de las pruebas de detección de la covid-19 de la siguiente manera: [FILL IN COHORT PROCEDURES]

Luego, **pase a COMUNIDAD.**



### REINFECCIÓN POR COVID-19 (para participantes sin antecedentes de covid-19)

Usted ha informado que sabe o cree que tuvo una infección por covid-19 en [FILL IN MONTH, YEAR FROM ABOVE].

¿Alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que puede haber tenido covid-19 por segunda vez, o que se ha “reinfestado” con covid-19?

Sí

No →

**Pasar a HOSPITALIZACIÓN**

Sin contar su infección original, ¿cuántas veces más cree que ha sido reinfestado/a con covid-19?

1

2

3

4

5

¿Cuándo sabe o cree que se reinfestó por primera vez con covid-19?

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ (Haga el cálculo aunque no esté seguro/a).

En ese momento, ¿qué le hizo pensar que se había reinfestado? Marque todo lo que corresponda:

- Me hice otra prueba que mostró que tenía covid-19
- Tuve síntomas de covid-19 (fiebre, tos, dificultad para respirar)
- Tuve contacto estrecho con alguien que tenía covid-19
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta vez, cuando usted se reinfestó, ¿cómo fueron sus síntomas en comparación con la primera vez que se infectó con covid-19?

- Peores que en la primera infección
- Más o menos iguales que en la primera infección
- Mejores que en la primera infección
- No tuve síntomas

### Habilite más campos según la cantidad de reinfecciones

Dado que nos interesa comprender los efectos de la covid-19 sobre la salud, le agradeceríamos que nos notificara si nuevamente le diagnostican covid-19. Puede ponerse en contacto con nosotros de la siguiente manera: \_\_\_\_\_. También puede enviar los resultados de las pruebas de detección de la covid-19 de la siguiente manera: [FILL IN COHORT PROCEDURES]



### HOSPITALIZACIÓN POR COVID-19

Desde que completó el último cuestionario sobre la covid-19, ¿ha pasado una noche en un hospital por alguna afección relacionada con la covid-19?

- Sí
- No → **Pasar a SÍNTOMAS**
- No estoy seguro/a →

Si responde “No estoy seguro”, no le haremos más preguntas sobre la hospitalización por covid-19. Si desea proporcionar información sobre por qué no está seguro/a, coloque sus comentarios aquí:

\_\_\_\_\_

**Pasar a SÍNTOMAS**

*Si se ha notificado previamente una infección por covid:*

Desde que completó el último cuestionario sobre la covid-19, ¿cuántas veces ha sido ingresado/a en el hospital por covid-19 o complicaciones relacionadas con ella?

*Si no hay un registro pasado de infección por covid:*

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

\_\_\_\_\_ veces

*Si se ha notificado previamente una infección por covid:*

Durante este período, ¿cuándo fue la primera vez que fue hospitalizado/a por covid-19 o complicaciones relacionadas con ella?

*Si no hay registro de infección por covid:*

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

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ (Haga el cálculo aunque no esté seguro/a).

¿En qué hospital le ingresaron? (Nombre, ciudad, estado). \_\_\_\_\_

*Si se ha notificado previamente una infección por covid:*

¿Cuántas noches pasó en el hospital?

*Si no hay registro de infección por covid:*

Para la primera admisión en el hospital, ¿cuántas noches pasó en el hospital?

\_\_\_\_\_ noches





Mientras estaba en el hospital, ¿recibió alguno de los siguientes tratamientos?

	Sí	No	No lo sé	Núm. de días necesarios
Oxígeno (por mascarilla o nariz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Un tubo endotraqueal o respirador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Monitorización en la unidad de terapia intensiva (UTI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diálisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Otro: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Después de esta hospitalización, usted:

- ¿regresó a su casa?
- ¿fue a una clínica particular o centro de rehabilitación?
- ¿se fue a vivir a la casa de un familiar o un amigo?
- Otro: \_\_\_\_\_

**Si hubo más de una hospitalización:**

¿Cuándo fue la [FILL IN AS NEEDED, SECOND, THIRD, ETC] vez en que fue hospitalizado/a por covid-19 o complicaciones relacionadas con ella?

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

¿En qué hospital le ingresaron? (Nombre, ciudad, estado). \_\_\_\_\_

¿Cuántas noches pasó en el hospital? \_\_\_\_\_ noches

Mientras estaba en el hospital, ¿recibió alguno de los siguientes tratamientos?

	Sí	No	No lo sé	Núm. de días necesarios
Oxígeno (por mascarilla o nariz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Un tubo endotraqueal o respirador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Monitorización en la unidad de terapia intensiva (UTI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diálisis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Otro: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Después de esta hospitalización,

- usted: ¿regresó a su casa?
- ¿fue a una clínica particular o centro de rehabilitación?
- ¿se fue a vivir a la casa de un familiar o un amigo?
- Otro: \_\_\_\_\_

## SÍNTOMAS DE COVID-19

*Si se ha notificado previamente una infección por covid:*

Cuando sabía o pensó que tenía covid-19 en [FILL IN DATES FROM ABOVE REGARDING INFECTION], ¿tenía algún síntoma?

*Si no hay un registro pasado de infección por covid:*

Cuando sabía o pensó que tenía covid-19 en [FILL IN DATES FROM ABOVE REGARDING FIRST INFECTION], ¿tenía algún síntoma?

- Sí
- No → **Pasar a RECUPERACIÓN**

En términos generales, cuando los síntomas de covid-19 estaban en su peor momento, ¿interferían con sus actividades diarias (se las evitaron)?

- Para nada
- Apenas
- Un poco
- Bastante
- Mucho

*Si el participante informó previamente una infección por covid:*

¿Cómo fueron sus síntomas en comparación con su primera infección con covid-19, la cual informó el [DATE OF LAST QUESTIONNAIRE]?

- Peores que en la primera infección
- Más o menos iguales que en la primera infección
- Mejores que en la primera infección
- No tuve síntomas



*Si se ha notificado previamente una infección por covid:*

Cuando tuvo covid-19 en [DATE], ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas? Por favor marque la casilla correspondiente a cualquier síntoma que haya comenzado o empeorado durante el período que tuvo covid-19. Para cualquier casilla marcada, indique la cantidad de días que tuvo el síntoma y si aún tiene el síntoma.

*Si no hay un registro pasado de infección por covid:*

Cuando tuvo covid-19, ¿presentó alguno de los siguientes síntomas? Por favor marque la casilla correspondiente a cualquier síntoma que haya comenzado o empeorado durante el período que tuvo covid-19. Para cualquier casilla marcada, indique la cantidad de días que tuvo el síntoma y si aún tiene el síntoma.

Síntoma	Sí	En caso afirmativo: ¿Cuántos días tuvo el síntoma?	En caso afirmativo: ¿Todavía tiene el síntoma?
Fiebre	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Falta de aire (dificultad para respirar)	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tos	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Náuseas	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Vómitos	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor muscular o corporal	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Debilidad o fatiga	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Goteo nasal	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Escalofríos	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Congestión nasal	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

(continúa)



*Si se ha notificado previamente una infección por covid:*

Cuando tuvo covid-19 en [DATE], ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas? Por favor marque la casilla correspondiente a cualquier síntoma que haya comenzado o empeorado durante el período que tuvo covid-19. Para cualquier casilla marcada, indique la cantidad de días que tuvo el síntoma y si aún tiene el síntoma.

*Si no hay un registro pasado de infección por covid:*

Cuando tuvo covid-19, ¿presentó alguno de los siguientes síntomas? Por favor marque la casilla correspondiente a cualquier síntoma que haya comenzado o empeorado durante el período que tuvo covid-19. Para cualquier casilla marcada, indique la cantidad de días que tuvo el síntoma y si aún tiene el síntoma.

Síntoma	Sí	En caso afirmativo: ¿Cuántos días tuvo el síntoma?	En caso afirmativo: ¿Todavía tiene el síntoma?
Nueva pérdida del gusto o del olfato	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Confusión	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cambios en la piel	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otro: _____	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

### RECUPERACIÓN DE LA COVID-19

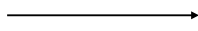
*Si se ha notificado previamente una infección por covid:*

Después de su infección por covid-19 en [FILL IN DATES FROM ABOVE REGARDING FIRST INFECTION AND REINFECTION], ¿diría usted que está completamente recuperado/a de covid-19 ahora?

*Si no hay un registro pasado de infección por covid:*

Después de su infección por covid-19 en [FILL IN DATES FROM ABOVE REGARDING INFECTION], ¿diría que ahora está completamente recuperado/a de covid-19?

- Sí
- No



¿Cuánto tiempo le llevó recuperarse? \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria                                       | <input type="checkbox"/> Incapacidad para regresar al trabajo o al lugar de estudio (si trabajaba o estudiaba antes de padecer covid) |
| <input type="checkbox"/> Problemas para prestar atención                            | <input type="checkbox"/> Incapacidad para volver a sus actividades habituales antes de padecer covid                                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de apetito                                       | <input type="checkbox"/> Sensación de debilidad, cansancio o enfermedad 24-48 horas después de la actividad física                    |
| <input type="checkbox"/> Sensación de desvanecimiento                               | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Dificultades para dormir                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Períodos con palpitaciones                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para hacer ejercicio como antes de tener covid |   |

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

- Nada en absoluto
- Un poco
- Mucho

¿Hay algo más que quisiera compartir sobre su experiencia de recuperación de la covid-19?

---



### LA COVID-19 EN SU COMUNIDAD Y RED SOCIAL

Aparte de usted, ¿conoce a alguien personalmente (por ejemplo, un amigo, familiar o compañero de trabajo) que haya tenido covid-19? Por favor incluya a personas con y sin síntomas de covid-19.

- Sí →
- No

En caso \_\_\_\_\_ (Puede ser aproximado).

Aparte de usted, ¿conoce a alguien personalmente que haya sido hospitalizado por covid-19?

- Sí →
- No

En caso \_\_\_\_\_ (Puede ser aproximado).

¿Conoce a alguien personalmente que haya muerto de covid-19?

- Sí →
- No

En caso \_\_\_\_\_ (Puede ser aproximado).



**ACTITUDES Y CREENCIAS SOBRE LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19**

¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra la covid-19?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

¿Cuándo se vacunó? \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año

¿Qué vacuna recibió?

- Moderna
- Pfizer
- AstraZeneca
- Desconozco
- Otra: \_\_\_\_\_

¿Cuántas dosis recibió?

- Una
- Dos

**Omitir la siguiente pregunta (¿Tiene intención de recibir una vacuna?)**

¿Tiene intención de recibir una vacuna contra el coronavirus (covid-19)?

- Tengo la intención de obtenerla lo antes posible
- Tengo la intención de esperar para ver cómo afecta a otros en la comunidad antes de recibirla
- No tengo la intención de recibirla pronto, pero podría en algún momento más adelante
- No tengo la intención de recibir la vacuna nunca

Para estas preguntas, estamos preguntando qué factores contribuyen a sus actitudes respecto de una vacuna contra la covid-19. Para cada opción, ¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que este factor afecta su opinión sobre una vacuna?

	De acuerdo	En desacuerdo
La política actual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los plazos apresurados/rápidos de investigación y desarrollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La ciencia Frecuentemente cambiante del covid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las acciones y opiniones de mis amigos y familiares con respecto la vacuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi confianza en los científicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis propias lecturas e investigación sobre las vacunas contra el coronavirus (covid-19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El país donde se fabrica una vacuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El posible costo de una vacuna contra el coronavirus (covid-19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (especifique): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Mucho menos probable       Algo menos probable       Algo más probable       Mucho más probable       Sin cambios

Al considerar su voluntad de vacunarse en general, ¿ha cambiado la pandemia mundial de coronavirus (covid-19) su probabilidad de vacunarse en comparación con un año atrás?

¿Recibió la vacuna contra la influenza (“gripe”) este año (agosto de 2020 o después)?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

En los últimos cinco años, ¿con qué frecuencia se vacunó contra la gripe estacional?

- Nunca
- 1-2 años
- 3-4 años
- Todos los años
- No estoy seguro/a

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía (“Pneumovax” o “Prevnar”)?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

¿Ha recibido la vacuna contra la culebrilla?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones sobre las vacunas en general?

	De acuerdo	En desacuerdo
Las vacunas son importantes para mi salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En general, las vacunas son seguras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En general, las vacunas son eficaces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La información que recibo sobre las vacunas por parte de las autoridades de salud pública/mi proveedor de atención médica es fiable y digna de confianza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupan los efectos secundarios graves (malos) de las vacunas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Responda a las siguientes preguntas sobre sus creencias y actitudes con respecto a la vacuna contra la influenza estacional.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
La vacuna contra la gripe es importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vacuna contra la gripe es segura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vacuna contra la gripe es eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vacuna contra la gripe es conveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vacuna contra la gripe es asequible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo que recibir una vacuna contra la gripe para mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE LA SALUD Y LAS FINANZAS**

La siguiente sección de preguntas se refiere a cómo la pandemia de coronavirus ha impactado su vida desde marzo de 2020, cuando la pandemia de covid-19 se extendió por los Estados Unidos.

Desde marzo de 2020, ¿tuvo que postergar o saltarse algún servicio de atención médica? Por favor incluya cualquier cita o tratamiento que evitó, o que fue pospuesto o cancelado, a causa de la covid-19.

- Sí
- No

**Si la respuesta es “No”, pasar a ATENCIÓN DE URGENCIA**

¿Qué tipo de servicios de salud tuvo que postergar o saltarse a causa de la covid-19? *(Marque todo lo que corresponda).*

- Atención en el hogar por una
- persona calificada Cita con un proveedor médico
- Cita con un terapeuta físico/ocupacional
- Quimioterapia u otra terapia de infusión Cita con un psiquiatra/terapeuta
- Cirugía programada
- Estudios de imagen como radiografía, tomografía computarizada (“CAT o CT), MRI, PET, ecografía
- Biopsia
- Cirugía oncológica (p. ej., resección, tumorectomía)
- Evaluación de enfermedades cardíacas (p. ej., “prueba de estrés”, cateterismo cardíaco)
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Hubo algún momento durante la pandemia en el que no acudió a la sala de emergencias o a la atención de urgencia cuando debió haber ido?

- Sí
- No

¿Le recetan algún medicamento?

- Sí →
- No

Durante este período, ¿tuvo problemas para tomar sus medicamentos con regularidad?

- Sí →
- No

¿Por qué? *(Marque todas las respuestas que correspondan).*

- Problemas para obtener medicamentos de la farmacia
- Problemas para ponerme en contacto con mi médico /proveedor
- Problemas para pagar los medicamentos
- Mayor falta de memoria o falta de motivación
- Otro: \_\_\_\_\_

Durante este período, ¿ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?

- | Sí                    | No                    | No aplica             |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Usted o un miembro de su hogar, ¿perdió su trabajo, tuvo que dejar de trabajar o tuvo que trabajar menos horas?

En caso afirmativo:

Usted u otro miembro del hogar, ¿ha solicitado o recibido beneficios de desempleo?

- Sí
- No

¿Perdió servicios de cuidado infantil o tuvo que pasar más tiempo cuidando a sus hijos o a los de otras personas?

- | Sí                    | No                    | No aplica             |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Perdió usted o algún miembro de su hogar otras fuentes de apoyo financiero, como cupones para alimentos?

- |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

¿Perdió su vivienda o se quedó sin hogar?

- |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

¿Tuvo un cambio en su cobertura de seguro médico?

- |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

En caso afirmativo:

¿Perdió su seguro médico?

- Sí
- No

¿Obtuvo un seguro como parte de la cobertura de emergencia o de la ampliación de Medicaid?

- Sí
- No

¿Ha obtenido cobertura debido a un nuevo trabajo?

- Sí
- No

¿Tuvo dificultades para pagar necesidades básicas tales como alimentos, ropa, refugio o calefacción durante este tiempo?

- | Sí                    | No                    | No aplica             |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



### IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL COMPORTAMIENTO

La siguiente es una lista de posibles medidas que queremos saber si ha implementado para reducir su riesgo de exposición a la covid-19. Puede responder “la mayoría del tiempo o todo el tiempo”, “a veces” o “rara vez o nunca”.

	La mayoría del tiempo /Todo el tiempo	A veces	Rara vez/Nunca
Quedarme en casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitar el contacto con personas fuera de mi casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavarme las manos y/o usar gel desinfectante con frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanecer al menos a 6 pies de distancia de los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitar grandes reuniones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitar comer en el interior de restaurantes/bares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancelar un viaje planificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar un tapabocas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No dar la mano ni tocar a las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No ir a trabajar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpiar las superficies con desinfectante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Quisiéramos saber cómo ha cambiado su actividad desde el comienzo de la pandemia en marzo de 2020.

Actividad	En los 3 meses previos a la pandemia (enero a marzo de 2020), ¿realizó esta actividad regularmente?		¿Está realizando esta actividad ahora?		Si "Sí antes" y "Sí ahora": En comparación con antes de la pandemia, ¿hace esta actividad más, menos o igual?			
	No	Sí	No	Sí	Más	Menos	La misma cantidad	
Caminar para hacer ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Actividades vigorosas (como correr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ver programas o películas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si ahora realiza esta actividad, ¿en qué medida?
Beber bebidas alcohólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ bebidas/semana
Fumar cigarrillos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ cigarrillos/día
Cigarrillos electrónicos (vapeo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ cigarrillos electrónico/día
Uso de marihuana/ cannabis medicinal o recreativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ usos/semana

Durante la pandemia, ¿en general come más, menos o la misma cantidad de comida y bocadillos?

- Más
- Menos
- La misma cantidad



¿Ha cambiado su peso desde marzo de 2020?

- Aumenté de peso
- Bajé de peso
- Me mantuve en el mismo peso

¿Intentó cambiar lo que pesa desde marzo de 2020?

- Sí
- No

¿Cómo es su estado de salud general en comparación con antes de la pandemia?

- Mejor
- Peor
- Más o menos igual

Durante la pandemia, ¿suele dormir más, menos o lo mismo?

- Más
- Menos
- La misma cantidad

Las siguientes preguntas son sobre sus hábitos de sueño. Elija la respuesta que mejor describa con qué frecuencia experimentó la situación en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

	No en las últimas 4 semanas	Sí, menos de una vez a la semana	Sí, 1 o 2 veces a la semana	Sí, 3 o 4 veces a la semana	Sí, 5 o más veces a la semana
¿Tuvo problemas para conciliar el sueño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se despertó varias veces por la noche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se despertó antes de lo planeado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tuvo problemas para volver a dormirse después de que se despertara demasiado temprano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En general, el descanso típico de las últimas 4 semanas fue...	Muy profundo o reparador <input type="radio"/>	Profundo o reparador <input type="radio"/>	Normal <input type="radio"/>	Agitado <input type="radio"/>	Muy agitado <input type="radio"/>

Durante los últimos 12 meses, ¿ha experimentado confusión o pérdida de memoria que sucede cada vez más seguido o que va empeorando?

- Sí
- No



### IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LAS INTERACCIONES SOCIALES

¿Vive solo/a?

- Sí
- No

Aparte de usted, ¿cuántas personas viven actualmente con usted, y cuáles son sus edades?

0-1 años: _____	40-49 años: _____
2-4 años: _____	50-64 años: _____
5-11 años: _____	65-74 años: _____
12-18 años: _____	75-84 años: _____
19-29 años: _____	85+ años: _____
30-39 años: _____	

¿Cuenta con alguna persona que le ayude cuando necesite tomar decisiones difíciles o hablar sobre problemas?

- Sí
- No
- No lo sé

¿Cuenta con alguna persona que le ayude con tareas diarias como comprar alimentos, limpiar la casa, cocinar, hacer llamadas telefónicas o llevarle a algún sitio?

- Sí
- No
- No lo sé



### IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO

Esta es una lista de algunos sentimientos o comportamientos que pudo haber tenido LA SEMANA PASADA. Indique cuántos días se ha sentido así durante la semana pasada.

	Rara vez o nunca (<1 día)	Algunas o unas pocas veces (1-2 días)	Ocasionalment e o varias veces (3-4 días)	Todo el tiempo (5-7 días)
Me molestaron cosas que normalmente no me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve problemas para concentrarme en lo que estaba haciendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí deprimido/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que tuve que esforzarme para hacer todo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí esperanzado sobre el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No pude descansar bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuve feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí solo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me costaba “ponerme en marcha”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para la siguiente lista, por favor considere sus sentimientos durante LA SEMANA PASADA.

	Para nada	Apenas	Un poco	Bastante	Mucho
Mis preocupaciones me abrumaron	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí intranquilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuánta fatiga sintió en promedio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me costó concentrarme en otra cosa aparte de mi ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí fatigado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve problemas para empezar cosas porque estaba cansado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Qué tan agotado/a se sintió en promedio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





La siguiente es una afirmación sobre cómo usted responde a acontecimientos estresantes.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
Tiendo a recuperarme rápidamente después de pasar momentos difíciles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para cada uno de los siguientes puntos, por favor proporcione la respuesta que describa su vida.

	A menudo	Algunas veces	Casi nunca
¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Con qué frecuencia se siente dejado/a de lado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Con qué frecuencia se siente aislado/a de los demás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Las preguntas en esta escala tratan sobre sus sentimientos y pensamientos durante EL ÚLTIMO MES. En cada caso, indique con qué frecuencia se sintió o pensó de una manera determinada.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante seguido	A menudo
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no ha podido controlar las cosas importantes de su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido seguro/a de su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas iban en su favor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se estaban acumulando tanto que no podría superarlas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre cómo la pandemia de covid-19 ha afectado su estado de ánimo o forma de pensar?

---



### CREENCIAS Y ACTITUDES RESPECTO DE LA COVID-19

Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con estas afirmaciones.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Me preocupa que nuestra familia experimente racismo o discriminación en relación con el coronavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He notado un mayor conflicto en nuestra familia desde que nuestra área comenzó a preocuparse por el coronavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que toda esta preocupación por el coronavirus está sobredimensionada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que es probable que me contagie de coronavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que es probable que sea hospitalizado/a o muera a causa del coronavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que es probable que alguien muy cercano a mí se contagie de coronavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que es probable que alguien muy cercano a mí sea hospitalizado o muera a causa del coronavirus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>