

Columbia COVID-19 Cuestionario - Paciente Caso Proband VERSIÓN 2.3

La infección por COVID-19 es un gran desafío en todo el mundo. Si Usted participa en esta investigación es porque estuvo infectado o puede haber estado infectado(a) por el virus COVID-19 (SARS-COV2). Al responder estas preguntas sobre su experiencia con la enfermedad viral, formará parte de una investigación que intenta comprender por qué algunas personas padecen una enfermedad grave, mientras que otras padecen una enfermedad levemente o sin ningún síntoma. Esta encuesta demora aproximadamente 15 minutos en completarse. Estamos trabajando para obtener esta información rápidamente, y compartir información sin identificar quién es usted con los investigadores de todo el mundo y aprender rápidamente para ayudar a otros. Las encuestas serán des identificadas antes del uso de la investigación. La información de contacto es para contacto de seguimiento solamente.

Nombre:

Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono:

Código postal:

Fecha del cuestionario (capturado electrónicamente)

1. Seleccione la opción más precisa que describa su prueba de el coronavirus.

- Sí, con hisopo nasal, fecha de la prueba _____
- Sí, mediante pruebas de anticuerpos en suero, fecha de la prueba _____
- No me hicieron la prueba, pero sospechaba COVID
- No me hicieron la prueba y no tuve síntomas
- Mi prueba fue negativa, fecha de la prueba _____
- No lo sé
- Si, mi prueba fue positiva, pero no tuve sintomas

2. ¿Cómo se trató su infección? (elija una respuesta única que refleje su nivel de atención)

- Mi infección fue manejada en casa
- Me vieron en la clínica o en la carpa de detección de el virus, pero me enviaron a casa
- Me vieron en la sala de emergencias, pero me enviaron a casa
- Fui admitido en el hospital
- Estaba en la unidad de cuidados intensivos

3. ¿Cuánto tiempo estuvo enfermo?

- Primer día de síntomas, fecha ____
- Último día de síntomas, fecha ____
- No sé / no recuerdo
- Sin síntomas

4. Describa sus síntomas (marque todos los que correspondan):

- Tos, por cuantos días ____
- Fiebre, por cuántos días ____, temperatura más alta _____
- Falta de aliento, por cuántos días _____
- Dolor de pecho, durante cuantos días _____
- Sudores nocturnos, durante cuantos días _____
- Erupción, durante cuantos días _____
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Dolor muscular
- Nariz que moquea
- Dolor de garganta
- Diarrea
- Náuseas o vómitos
- Dolor abdominal
- Orina espumosa, durante cuantos días _____
- Orina roja, durante cuantos días _____
- Pérdida de sentido del olfato parcial o completa, por cuántos días _____
- Pérdida parcial o completa del gusto, por cuántos días _____



Columbia University IRB

IRB-AAAS7370 (Y01M07)

IRB Approval Date: 04/21/2020

For use until: 12/17/2020

- Pérdida de consciencia
- Convulsiones

5. Si fue hospitalizado, ¿tenía lo siguiente? (marque todo lo que corresponda)

- Suplementación de oxígeno a través de la cánula nasal, durante cuántos días _____
- Máscara de oxígeno, BIPAP o CPAP, durante cuántos días _____
- Intubación con soporte de ventilador, por cuántos días _____
- Problemas renales que requieren diálisis de cualquier tipo, por cuántos días _____
- Problema cardíaco que requiere cateterismo cardíaco
- Problema de hígado o hepatitis
- Coágulos de sangre en piernas o pulmones.
- Choque séptico que requiere soporte de la presión arterial con infusiones presoras
- Otras complicaciones, por favor especifique _____

6. ¿Sabe si los médicos usaron alguno de los siguientes medicamentos para tratar su enfermedad COVID-19? (seleccione todas las que correspondan):

- Tylenol (acetaminofeno)
- AINE (ibuprofeno, aspirina, naproxeno, celecoxib, diclofenaco, indometacina, piroxicam)
- Hidroxicloroquina (Plaquenil) o Cloroquina
- Azitromicina (paquete Z)
- Pepcid o Famotidine
- Corticosteroides (prednisona, metilprednisolona, dexametasona, hidrocortisona)
- Bloqueadores de la vía IL-6 (sarilumab, tocilizumab, siltuximab)
- Inhibidores de JAK (baricitinib, ruxolitinib, fedratinib, tofacitinib)
- Remdesivir (GS-5735) u otro inhibidor de proteasa
- Tamiflu (oseltamivir) o Xofluza (baloxavir marboxil)
- Medicamentos para el VIH [lopinavir / ritonavir, tenofovir (TDF, TAF)]
- Sofosbuvir
- Ribavirina
- Alfa interferón
- Terapia de plasma (anticuerpos de otra persona)
- Broncodilatadores (medicamentos para el asma)
- No se

7. Si recibió tratamiento con hidroxicloroquina (Plaquenil), describa si experimentó lo siguiente. (seleccione todas las que correspondan):

- Náuseas o vómitos
- Erupción cutánea roja
- Erupción cutánea necrotizante grave
- Dolores de cabeza o migrañas
- Problemas de visión o ceguera.
- Sudores nocturnos
- Insomnio
- Problemas del corazón
- Latidos cardíacos anormales o arritmia
- Zumbido en mis oídos
- Sensación de hormigueo
- Pérdida de la sensibilidad en manos o pies.
- Convulsiones
- Pérdida de consciencia o desmayo.
- Escuchar o ver cosas que no existen
- Ninguna de las anteriores

8. ¿Has recibido una vacuna este año contra lo siguiente? (marque todo lo que corresponda)

- Vacuna contra la gripe
- Vacuna antineumocócica o Pneumovax
- Vacuna contra la tuberculosis (TB) (BCG) en cualquier momento de su vida
- Ninguna de las anteriores
- No lo sé

9. ¿Cómo calificaría su estado de salud general antes de la infección?

- Excelente
- Muy bien
- Buena
- Masomenos
- Mala

10. ¿Alguna vez ha diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades? (marque todo lo que corresponda)

- Insuficiencia cardiaca
- Ataques al corazón
- Fibrilación auricular, palpitaciones o ritmo cardíaco anormal
- Marcapasos implantado
- Arritmia o paro cardíaco
- Enfermedad renal crónica
- Proteína en la orina
- Sangre en la orina
- Insuficiencia renal que requiere diálisis.
- Insuficiencia renal que requiere trasplante de riñón.
- Enfermedad del hígado o cirrosis
- Insuficiencia hepática que requiere trasplante de hígado
- Insuficiencia cardíaca que requiere trasplante de corazón
- Asma
- Obesidad
- Apnea del sueño
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Alta presión en el pulmón (hipertensión pulmonar)
- Otro trastorno pulmonar, cuál: _____
- Trastorno neurológico (p. Ej., ELA, Parkinson, Huntington)
- Demencia
- Cáncer
- Osteoartritis
- Artritis Reumatoide
- Otro tipo de artritis inflamatoria, especifique _____
- Infecciones recurrentes del oído / sinusitis
- VIH
- Anemia
- Coágulos sanguíneos previos en piernas o pulmones
- Recipiente de médula ósea
- Enfermedad de tiroides
- Lupus
- Esclerosis múltiple
- Colitis ulcerosa
- Enfermedad de Crohn
- Enfermedad celíaca
- Fiebres periódicas / frecuentes
- Inmunodeficiencia
- Herpes labial
- Herpes
- Verrugas
- Molusco
- Herpes
- Eczema
- Infecciones bacterianas recurrentes
- Alergias
- Urticaria
- Fiebre de heno



11. ¿Le han diagnosticado diabetes?

- No
- No, azúcar alta en la sangre
- Sí, diabetes tipo 1 (tratada con insulina)
- Sí, diabetes tipo 2 (a menudo tratada con pastillas)
- Si, pero no se el tipo
- Sí, diabetes gestacional

12. ¿Qué medicamentos recetados por un médico usa para la diabetes?

- Medicamento sin drogas
- Insulina
- Pastillas
- Insulina y pastillas

13. ¿Alguna vez le han diagnosticado hipertensión o presión arterial alta?

- No
- Si
- Sí, pero solo durante el embarazo

14. ¿Alguna vez ha usado medicamentos para la presión arterial?

- No
- Si, cual medicamento? _____

15. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que usted tuvo (si la respuesta es sí, indique la edad que tenía):

- Ataque al corazón, años _____
- Ictus? (What is this?), edad ____
- Hemorragia de la cabeza, edad____
- Cirugía de revascularización coronaria, edad ____
- Cateterismo cardíaco o stent, edad____

16. ¿Cuándo usó por última vez los siguientes medicamentos? (por favor llene su respuesta para cada fila)

	Hoy o ayer	Hace 2-7 días	1-4 semanas atrás	1-12 meses atrás	Hace más de un año	Nunca
Agentes antiinflamatorios no esteroideos o AINE (aspirina, celecoxib, diclofenaco, Cambia, Cataflam, Voltaren, diflunisal, etodolac, ibuprofeno, Motrin, Advil, indometacina, Indocin, ketoprofeno, ketorolaco, nambumetona, naproxeno, Alevelan, Naprox, Alevelan, Anaprolan, Anavelan, Naprox, Alevelan, Anaprolan oxaprozin, Daypro, piroxicam, Feldene, salsalate, Disalate, sulidnac, tolmetin)						
Acetaminofén, Tylenol, Daquil, Nyquil, Excedrin, Sinutab.						
Medicamentos para el asma (broncodilatador Ventolin, albuterol)						
Esteroides orales o inyectados (prednisona, metilprednisolona, dexametasona, hidrocortisona)						
Corticosteroides inhalados (Advair, beclometasona, budesonida, ciclesonida, flunisolida, fluticasona o mometasona)						
Antihistamínicos (Benadryl, Clarithin, Zyrtec)						
Antibióticos						
Aspirina para la prevención de ataques cardíacos o derrames cerebrales						
Medicamentos antiplaquetarios que no sean aspirina (por ejemplo, clopidogrel, Plavix, prasugrel, ticagrelor, cilostazol)						
Medicamentos anticoagulantes (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarina o similares)						
Inhibidores de la ECA para la hipertensión arterial (benazepril, captopril, fosinopril, lisinpril, etc.)						
Una estatina para bajar el colesterol (como atorvastatina o simvastatina)						
Bloqueadores del receptor de angiotensina para la presión arterial alta (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.)						
Tacrolimus						
Ciclosporina						

Azatioprina						
Medicamentos contra el cáncer o quimioterapia.						
Micofenolato						
Inyecciones para enfermedades inmunes como Enbrel, humira, actemra, anakinra, Xolair, dupixent						
Infusión para enfermedades inmunes como infliximab (Remicade), rituximab, abatacept (Orencia) y belimumab (Benlysta)						
La medicación tiroidea levotiroxina						
Famotidina (Pepcid)						
Medicamentos para diabéticos metformina						
El inhibidor de la bomba de protones omeprazol						
Un betabloqueante para bajar la presión arterial (metoprolol, atenolol, tramadol, ...)						
Un antidepresivo o ISRS (sertralina, fluoxetina, citalopram, trazodona, escitalopram, ...)						
Un opioide para el alivio del dolor (hidrocodona, ...)						
Medicamentos contra el VIH (lopinavir / ritonavir, darunavir / ritonavir, tenofovir disoproxil fumarato (TDF), tenofovir alafenamida fumarato (TAF) y medicamentos combinados que contienen estos agentes)						

17. Antes de Covid19, ¿Cuándo fue la última vez que un médico le dio antibióticos?

- En el último mes
- En el año pasado
- En los últimos 5 años
- En los últimos 10 años
- Hace más de 10 años.
- Nunca

18. ¿Con qué propósito, el médico le dio antibióticos la última vez que tomó antibióticos?

- Infección respiratoria (p. ej., faringitis estreptocócica, sinusitis, bronquitis, neumonía)
- Gastroenteritis, que causó diarrea y / o vómitos
- Infección del tracto urinario
- Infección de la piel o una herida
- Otro propósito
- No lo sé
- Nunca he tomado antibióticos

19. ¿Cuánto tiempo duró su tratamiento con antibióticos?

- 3 días
- 7 días
- 14 días
- Más de 14 días
- No lo sé

20. ¿Con qué frecuencia suele resfriarse?

- Nunca
- Una vez cada 2 años
- Una vez al año
- Dos veces al año más

21. ¿Cual es tu tipo de sangre?

- A positivo
- A negativo
- B positivo
- B negativo
- No lo sé
- AB positivo
- AB negativo
- O positivo

- O negativo
- No lo sé

22. ¿Estaba en el extranjero justo antes de enfermarse / exponerse o sospechaba de infección por COVID-19?

- No
- Sí, país: _____ fechas exactas de viaje: _____

23. ¿Cuántas personas viven con usted en su departamento / casa? Incluyéndose a si mismo.

(Complete 0 si no hay ninguno)

- ___ Menores de 3 años
- ___ 3–6 años de edad
- ___ 7–17 años de edad
- ___ 18–64 años de edad
- ___ 65–79 años de edad
- ___ 80 años de edad o más

24. ¿En qué tipo de hogar vive?

- Estudio
- Departamento de una habitación
- Departamento de dos habitaciones
- Departamento de tres habitaciones (o más)
- Casa de pueblo
- Casa independiente
- Hogar de ancianos o centro de rehabilitación
- Sin hogar
- Prefiero no responder

25. ¿Cuántas personas en su hogar han sido infectadas o se creen que están infectadas con COVID-19?

_____ personas

26. Alguno de los miembros de su familia:

- Ha sido diagnosticado con COVID-19? relación: _____
- Ha sospechado de tener COVID-19? relación: _____
- Ha sido hospitalizado debido a COVID-19? relación: _____
- Murió debido a COVID-19? relación: _____

27. ¿Alguno de los miembros de su familia tiene una inmunodeficiencia o una afección relacionada con el sistema inmunitario?

- Si
- No

28. ¿Qué enfermedades corren en su familia?

- Cáncer, especifique _____
- Enfermedad del corazón
- Hipertensión
- Diabetes
- Enfermedad renal, especifique _____
- Otra especificar _____

29. En las 2 semanas antes de enfermarse, ¿con qué frecuencia usaba una máscara facial en público?

- Nunca
- Raramente
- Generalmente
- Siempre

30. En las 2 semanas previas a la enfermedad, ¿con qué frecuencia las personas con las que vive usaban una máscara facial en público?

- Nunca
- Raramente
- Generalmente
- Siempre



Columbia University IRB

IRB-AAAS7370 (Y01M07)
IRB Approval Date: 04/21/2020
For use until: 12/17/2020

31. En las 2 semanas previas a la enfermedad, ¿con qué frecuencia usó desinfectante para las manos?

- Nunca
- Raramente
- Generalmente
- Siempre

32. En las 2 semanas previas a enfermarse, ¿con qué frecuencia las personas con las que vive usaron desinfectante para las manos?

- Nunca
- Raramente
- Generalmente
- Siempre

33. En las 2 semanas previas a enfermarse, ¿con qué frecuencia intentó conscientemente distanciarse socialmente de los demás?

- Nunca
- Raramente
- Generalmente
- Siempre

34. En las 2 semanas previas a enfermarse, ¿con qué frecuencia las personas con las que vive intentaron conscientemente distanciarse socialmente de los demás?

- Nunca
- Raramente
- Generalmente
- siempre

35. En las 2 semanas previas a enfermarse, ¿con qué frecuencia dejó su apartamento o casa?

- Nunca
- 3 a 4 veces por semana
- Diario
- Varias veces al día

36. Tiene alguna mascota que vive en su casa? Si es así, indique cuál de los siguientes:

- Perro
- Gato de interior
- Gato de interior / exterior
- Otro: _____

37. ¿Cuándo fue la última vez que acarició a su mascota antes de enfermarse?

- Un día antes
- Una semana antes
- Un mes antes
- Más de un mes
- No recuerdo

38. En las dos semanas previas a enfermarse, ¿cómo compró alimentos?

- Entrega a casa
- Pedido en línea / recogida en tienda
- Fui a la tienda
- No compre

39. ¿Qué transporte tomo en las dos semanas previas a enfermarse? (marque todo lo que corresponda)

- Subterráneo
- Autobús
- Uber / ascensor / cabina o similar
- Avión
- Coche

40. ¿Pudo teletrabajar para trabajar en las dos semanas previas a enfermarse?

- Si
- No
- NA (trabajo perdido como parte de COVID19)
- NA (desempleado o retirado antes de la enfermedad)

41. Pensando en los miembros de su familia que viven en su hogar, ¿cuál es su ingreso anual combinado, es decir, el ingreso total antes de impuestos de todas las fuentes obtenidas durante el año pasado?

- \$ 0 a \$ 9,999
- \$ 10,000 a \$ 14,999
- \$ 15,000 a \$ 19,999
- \$ 20,000 a \$ 34,999
- \$ 35,000 a \$ 49,999
- \$ 50,000 a \$ 74,999
- \$ 75,000 a \$ 99,999
- \$ 100,000 a \$ 199,999
- \$ 200,000 o más
- No se / No estoy seguro
- Prefiero no responder

42. ¿Cómo paga normalmente la atención médica?

- Seguro de mi trabajo
- Seguro comprado a 'Obamacare'
- Seguro médico del estado
- Seguro de enfermedad
- Servicio de salud indio
- Seguro de Virginia
- Sin seguro
- No estoy seguro

43. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de educación que completó?

- Sin escuela formal
- Menos de 8 años
- 8 a 11 años
- 12 años o bachillerato completo
- Formación posterior a la escuela secundaria que no sea la universidad (profesional o técnica)
- Alguna educación superior
- Graduado de la Universidad
- Postgrado
- No se / No estoy seguro
- Prefiero no responder

44. ¿Hay un lugar al que usted usualmente va cuando está enfermo, si es así, dónde?

- Clínica o centro de salud
- Consultorio médico o HMO
- Sala de emergencia del hospital
- Departamento de pacientes ambulatorios del hospital
- Algún otro lugar (por ejemplo, curandero, botánica, acupuntura, etc.)
- No voy a un lugar
- Prefiero no responder

45. ¿Tuvo un examen de salud de rutina (chequeo) en el último año?

- Si
- No
- No estoy seguro

46. ¿Cuánto tiempo le lleva viajar para ir ver a un proveedor de atención médica cuando está enfermo?

- <10 minutos
- 10-30 minutos
- 30-60 minutos

- 1-2 horas
- > 2 horas
- No se
- Prefiero no responder

47. ¿Qué sexo le asignaron al nacer?

- Masculino
- Hembra
- Hombre trans
- Mujer trans
- Othere
- Prefiero no responder

48. ¿Cuál es su orientación sexual?

- Asexual
- Bisexual
- Gay
- Lesbiana
- Heterosexual
- Pan-sexual
- Afeminado
- Cuestionando o inseguro
- Prefiero no responder

49. Cuantos años tiene: _____ años

50. Cuánto pesa: _____ libras

51. ¿Cuánto mide? _____ pies pulgadas

52. ¿Cuál es su origen étnico / ascendencia?

- Hispano o latino
- Blanco - europeo
- Asiático
- Negro
- Nativo americano
- Isleño del Pacífico
- No se
- Prefiero no responder

53. ¿Cuál es el nivel de su actividad física habitual?

- Leo, veo televisión y realizo tareas que no son físicamente exigentes
- Camino, ando en bicicleta o hago actividad física durante muchos días a la semana. Incluyendo entre otras actividades: caminar, cazar y trabajos de jardinería ligera
- Hago deportes de resistencia durante varias horas a la semana. Incluyendo trotar, esquiar, levantar pesas, ejercicios de calistenia, natación, juegos de pelota o trabajos de jardinería físicamente exigentes.
- Entreno diariamente para deportes competitivos

54. ¿Fuma?

- Nunca he fumado regularmente.
- Solía fumar, pero lo dejé.
- Yo fumo solo raramente.
- Yo fumo todos los días. Cuántos cigarrillos en promedio por día: _____

55. ¿Vapeas?

- Nunca he vapeado regularmente.
- Solía vapear, pero lo dejé.
- Vapeo solo raramente.
- Vapeo todos los días.

56. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?



Columbia University IRB

IRB-AAAS7370 (Y01M07)

IRB Approval Date: 04/21/2020

For use until: 12/17/2020

- Nunca
- Una vez al mes o con menos frecuencia
- 2-4 veces al mes
- 2-3 veces a la semana
- 4 veces a la semana o más seguido

57. Al pensar en su consumo habitual de alcohol durante el año pasado, ¿cuánto bebe habitualmente en una semana?: _____

58. ¿Cual es su nivel de educación? (This question was asked already #43)

- Escuela primaria / primaria
- Escuela vocacional
- Escuela secundaria
- Colegio / Licenciatura
- Maestría o superior

59.Cuál es su profesión: _____

60. Durante el último año, ¿ trabajó en la industria de la salud?

- Si
- No

61. Durante el último año, ¿trabajó como maestro o trabajó en servicios de guardería?

- Si
- No

62. Durante el último año, ¿trabajó en la industria de servicios de alimentos?

- Si
- No

63. ¿Suele viajar en transporte público (metro, tren, autobús)?

- Si
- No

64. ¿Suele viajar manejando, usando taxis o compartiendo autos?

- Si
- No

65. Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso, ansioso o nervioso? (repeated word)

- De ningún modo
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

66. Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia no ha podido dejar de preocuparse? (

- De ningún modo
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

67. Muchos pacientes también pueden sentir soledad durante este tiempo. ¿Con qué frecuencia se ha sentido solo durante la semana pasada?

- De ningún modo
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días



Columbia University IRB

IRB-AAAS7370 (Y01M07)
IRB Approval Date: 04/21/2020
For use until: 12/17/2020

Para los participantes menores de 18 años, los padres deben responder las siguientes preguntas en nombre del niño.

68. ¿Nació su hijo prematuro (antes de las 37 semanas)?

- Si
- No

69. ¿Le amamantaron a su hijo?

- Si
- No

70. Si es así, ¿por cuánto tiempo?

- 1 mes -12 meses
- > 12 meses

Para las mujeres, las siguientes preguntas son sobre embarazos.

71. ¿Está embarazada o ha dado a luz en el último mes?

- Actualmente estoy embarazada
- Entregué en el último mes
- No, actualmente no estoy embarazada y no he dado a luz recientemente.

72. Mi gestación actual en el embarazo es:

- 6 a 14 semanas
- 14 a 24 semanas
- 24 a 32 semanas
- 32 a 36 semanas
- Más de 36 semanas

73. ¿Ha tenido alguna complicación con el embarazo desde que tuvo la infección con COVID-19?

- Si
- No

74. En caso afirmativo, ¿cuál de las siguientes complicaciones tuvo?

- Aborto espontáneo, si es así cuántas veces _____
- Labor prematura
- Preeclampsia
- Otro

75. ¿Está actualmente amamantando?

- Si
- No

76. ¿A cuántos niños ha dado a luz? _____

Si hay miembros de su familia que cree que han sido infectados con COVID-19 a quienes le gustaría formar parte de este estudio, proporcione sus nombres e información de contacto a continuación.

Nombre:

Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono:

Nombre:

Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono



Columbia University IRB

IRB-AAAS7370 (Y01M07)
IRB Approval Date: 04/21/2020
For use until: 12/17/2020