

Spanish COVID-19 Participant Experience (COPE) Survey

¿Qué debo saber antes de participar?

El Programa Científico All of Us busca entender los cambios en sus experiencias y su salud durante la pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Ayúdenos a saber más al completar esta encuesta. Su participación puede ayudar a investigadores científicos en todo el mundo a entender mejor el impacto de la pandemia COVID-19 durante estos tiempos difíciles. El Programa Científico All of Us repetirá esta encuesta a lo largo de la pandemia.

Las preguntas de esta encuesta pueden ser sensibles y pueden causar preocupación o ansiedad. Recuerde que su privacidad es muy importante para nosotros. Su nombre e identidad se separarán de sus respuestas antes de compartirlas con los investigadores científicos autorizados.

Mientras responde, nadie estará observando sus respuestas. Sin embargo, en base a sus respuestas el sistema automáticamente puede sugerirle una línea de apoyo telefónico gratuito para recibir ayuda inmediata.

Puede dejar de participar en esta encuesta en cualquier momento. Esta encuesta le tomará de 20 a 30 minutos aproximadamente para completarla.

Sí, estoy listo(a) para completar la encuesta. Sí, pero quiero completar la encuesta en otro momento. No quiero participar en la encuesta.

Responda cada pregunta de la manera más honesta posible. Estamos buscando sus propias respuestas, no lo que usted piensa que su doctor, familiares o amigos quieren que responda.

No sienta que debe pasar mucho tiempo respondiendo cada pregunta. La primera respuesta que le viene a la mente normalmente es la mejor. Si no está seguro(a) sobre cómo responder una pregunta, elija la mejor respuesta de las opciones que se le presentan. Algunas preguntas también le permiten indicar si no sabe la respuesta o si prefiere no responder. Algunas de estas preguntas podrían ser delicadas. Puede decidir no responderlas.

Síntomas relacionados al coronavirus (COVID-19)

Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias con síntomas similares a los de COVID-19 o gripe (influenza).

En el último mes, ¿ha estado enfermo(a) por más de un día a causa de una nueva enfermedad relacionada al coronavirus (COVID-19) o síntomas de influenza (gripe)?

Sí/No

Fecha aproximada del inicio de síntomas [mm/dd/yyyy]

¿Cuáles de los siguientes síntomas presentó? Elija todos los que correspondan. (deslice hacia abajo para ver las opciones)

Fiebre Tos Dolor de garganta Goteo (moqueo) o congestión nasal Dificultad para respirar o falta de aire/aliento Fatiga inusual Dolores musculares más fuertes de lo normal Dolor de cabeza Mareos o aturdimiento Sentirse confundido, desorientado, o con sueño Pérdida del olfato o del gusto Dolor o molestia inusual en los ojos (p. ej., sensibilidad a la luz, conjuntivitis o lagrimeo excesivo) Voz más ronca de lo normal Dolor en el pecho u opresión en el pecho inusuales Dolor abdominal o dolor de estómago inusuales Diarrea Náuseas Falta de apetito (saltarse comidas) Ronchas rojizas, inflamadas, que causan picazón en la piel o hinchazón repentina de la cara o de los labios Llagas rojizas o moradas, o ampollas en los pies, incluyendo en los dedos de los pies

¿Alguna vez ha estado cerca de alguien que sabe o sospecha que ha tenido coronavirus (COVID-19), ya sean compañeros de trabajo, familiares u otros? Elija todas las opciones que correspondan.

Sí, con personas que sé que han tenido coronavirus (COVID-19). Sí, con personas que sospecho que han tenido coronavirus (COVID-19). No que yo sepa.

¿Usted cree que ha tenido coronavirus (COVID-19)?

No/Sí/Tal

vez