

### NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [\_\_][\_\_][\_\_]-[\_\_][\_\_][\_\_]

	ud y bienestar de esta persona)
Fecha de realización del cuestionario (DD/MM/AAAA): [_D_][_D_]/[_M_][_M_]	/[_2_][_0_][_A_][_A_]
Indique su fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): [_D_][_D_]/[_M_][_M_]	/[_A_][_A_][_A_]
¿Le han vacunado contra la Covid-19? ☐ Sí☐ No ☐ No estoy seguro	
En caso afirmativo, ¿cuántas veces le han puesto la vacuna de la Covid-Fecha estimada de la última dosis de la vacuna recibida: [_D_][_D_]/[_M_ ¿Qué tipo de vacuna de la Covid-19 le han puesto?   □ AstraZeneca □ Pfiz □ Imperial □ Janssens □ Moderna □ Sinopharm □ Sputnik V □ Otra (no	_][_M_]/[_2_][_0_][_2_][_A_] zer-BioNTech
¿Se ha vacunado contra la gripe en los 6 últimos meses?	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
¿Se ha vacunado contra la enfermedad neumocócica en los 5 últimos años?	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
Indique la fecha aproximada en la que experimentó síntomas de COVID-19 por primera vez. [_D_][_D_]/[_M_][_M_] ¿Lo ingresaron en el hospital debido a COVID-19 o le diagnosticaron Covid-19 dura	
<ul> <li>Indique la fecha aproximada en la que Ingresó en el hospital.</li> </ul>	1_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]
Indique la fecha aproximada en la que recibió el alta hospitalaria.  [_D_][_D_]/[_M	1_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]
<ul> <li>¿Lo han ingresado de nuevo en el hospital o centro sanitario después de su enfermedad aguda con Covid-19?</li> </ul>	□ Sí □ No
En caso afirmativo, indique cuántas veces: [_Número_] En caso afirma Nombre del hospital o de los hospitales:	tivo, especifique el motivo:
Si alguna vez ingresó en el hospital/centro sanitario por Covid-19, estuvo en cuidados intensivos (UCI/UVI)? □ Sí □ No	□ No estoy seguro
2. Acerca de su salud actual	
2. Acerca de su salud actual  ¿Se siente completamente recuperado de la COVID-19?  □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en desacuerdo □ Completamente de acuerdo	acuerdo □ De acuerdo
¿Se siente completamente recuperado de la COVID-19?  □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en desacuerdo □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en desacuerdo □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en desacuerdo □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en desacuerdo □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en desacuerdo □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en desacuerdo □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en desacuerdo □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en desacuerdo □ Completamente en desacuerdo en	acuerdo □ De acuerdo □ Sí □ No □ No estoy seguro
¿Se siente completamente recuperado de la COVID-19?  □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en des □ Completamente de acuerdo	
¿Se siente completamente recuperado de la COVID-19?  Completamente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en des Completamente de acuerdo  ¿Se ha sentido febril recientemente?  En caso afirmativo, aproximadamente, en qué momento se sintió febril? en los últimos 7 días Entre 2 y 4 semanas atrás	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro ☐ entre 1 y 2 semanas atrás ☐ entre 1 y 2 meses atrás toria (tos/resfriado/dolor de garganta)
¿Se siente completamente recuperado de la COVID-19?  Completamente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo  ¿Se ha sentido febril recientemente?  En caso afirmativo, aproximadamente, en qué momento se sintió febril? en los últimos 7 días Entre 2 y 4 semanas atrás Entre 2 y 3 meses atrás  En caso afirmativo, ¿cuál fue la causa COVID -19 Otra infección respirar de su enfermedad febril más reciente? Enfermedad estomacal (diarrea/vóm	□ Sí □ No □ No estoy seguro □ entre 1 y 2 semanas atrás □ entre 1 y 2 meses atrás toria (tos/resfriado/dolor de garganta) nitos) □ Infección de orina
¿Se siente completamente recuperado de la COVID-19?  Completamente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo  ¿Se ha sentido febril recientemente?  En caso afirmativo, aproximadamente, en qué momento se sintió febril? entre 2 y 4 semanas atrás Entre 2 y 3 meses atrás  En caso afirmativo, ¿cuál fue la causa COVID -19 Otra infección respirar de su enfermedad febril más reciente? Enfermedad estomacal (diarrea/vón TB Otro: especique: No lo sé Prefiero no responder  3. Desde la COVID-19, ¿le han diagnosticado alguna de las siguientes dole Infarto Sí No Trombosis venosa profunda (DV Derrame o miniderrame/AIT Sí No Embolismo pulmonar (EP, "coágu	□ Sí □ No □ No estoy seguro □ entre 1 y 2 semanas atrás □ entre 1 y 2 meses atrás  toria (tos/resfriado/dolor de garganta) nitos) □ Infección de orina  encias?  T, "coágulo en una pierna") □ Sí □ No



# NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [\_\_][\_\_][\_\_]-[\_\_][\_\_]

En los <u>últimos siete días</u> , ¿h inicio de su enfermedad por C		ino de estos síntomas? (Que no hubiera experime	ntado antes del	
Cefalea	□ Sí □ No	Dolor muscular persistente		
Tos persistente En caso afirmativo □ tos se	☐ Sí ☐ No	Dolor o hinchazón articular	□ Sí □ No	
	□ Sí □ No	Imposibilidad de moverse por completo o de controlar el movimiento		
Pérdida del sentido del olfato	_ 01 _ 110	Insensibilidad de un lado del cuerpo o de la Sí cara		
Pérdida del sentido del gusto	□ Sí □ No	Sensación de hormigueo/«alfileres y agujas»	□ Sí □ No	
Falta de aliento/ disnea	□ Sí □ No	Mareos/vahídos	□ Sí □ No	
Dolor al respirar	□ Sí □ No	Debilidad/desmayos	□ Sí □ No	
Dolores torácicos	□ Sí □ No	Convulsiones/ataques	□ Sí □ No	
Palpitaciones (aceleración del	corazón) □Sí □ No	Estremecimiento/temblores	□ Sí □ No	
Pérdida de peso	□ Sí □ No	Confusión/falta de concentración	□ Sí □ No	
Pérdida de apetito	□ Sí □ No	Problemas para tragar o masticar	□ Sí □ No	
Dolor de estómago/abdominal		Problemas de visión	□ Sí □ No	
Dolor de esternago/abaomina	01 - 140	Zumbido de oídos □ Sí □		
Sensación de	□ Sí □ No	Problemas para hablar o comunicarse	□ Sí □ No	
malestar/vómitos		Problemas para dormir	□ Sí □ No	
Estreñimiento	□ Sí □ No	Bultos o erupciones (de color morado/rosáceo) e		
Diarrea	□ Sí □ No	pies□ Sí □ No		
Problemas para miccionar	□ Sí □ No	Erupción cutánea	□ Sí □ No	
Disfunción eréctil ☐ Sí ☐ No I	No corresponde	En caso afirmativo, marque todas las partes del c correspondan:	cuerpo que se	
Distulction electif - St - No I	140 corresponde	☐ Cara ☐ Tronco (estómago o espalda) ☐ Bra		
Cambios en la menstruación		☐ Piernas ☐ Nalgas ☐ Dedos de los pies ☐ De	dos de las manos	
	□ No □ No sponde	Hemorragia	□ Sí □ No	
Tobillo(s) hinchado(s)	□ Sí □ No	En caso afirmativo, indique el lugar de la hemorragia:		
Problemas de equilibrio	□ Sí □ No	¿Algún otro síntoma NUEVO?	□ Sí □ No	
Debilidad en brazos o piernas / debilidad muscular	□ Sí □ No	En caso afirmativo, especifique:		
Fatiga	□ Sí □ No			



### NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]-[\_\_][\_\_][\_\_]

5. Acerca de su salud				
En cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describa su salud ANTES de la enfermedad COVID-19.				
MOVILIDAD  No tenía problemas para caminar □  Tenía problemas leves para caminar □  Tenía problemas moderados para caminar □  Tenía problemas graves para caminar □  No podía caminar □	AUTO-CUIDADO  No tenía problemas para lavarme o vestirme   Tenía leves problemas para lavarme o vestirme   Tenía problemas moderados para lavarme o vestirme   Tenía problemas graves para lavarme o vestirme   No podía lavarme o vestirme			
ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej., trabajar, estudiar, ha domésticas, actividades familiares o actividades durante.  No tenía problemas para realizar mis actividades cotidia. Tenía problemas leves para realizar mis actividades cot. Tenía problemas moderados para realizar mis actividad. Tenía problemas graves para realizar mis actividades cot. No podía realizar mis actividades cotidianas □	e el tiempo libre)  anas □ idianas □ es cotidianas □	DOLOR/MALESTAR  No tenía dolor ni malestar □  Tenía dolor o malestar leve□  Tenía dolor o malestar moderado □  Tenía dolor o malestar fuerte□  Tenía dolor o malestar extremo□		
ANSIEDAD/DEPRESIÓN  No estoy ansioso ni deprimido □  Estoy levemente ansioso o deprimido □  Estoy moderadamente ansioso o deprimido □  Estoy muy ansioso o deprimido □  Estoy extremadamente ansioso o deprimido □				
Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la qu	e mejor describe su s	salud HOY.		
MOVILIDAD  No tengo problemas para caminar □  Tengo problemas leves para caminar □  Tengo problemas moderados para caminar□  Tengo problemas graves para caminar□  No puedo caminar □	AUTO-CUIDADO  No tengo problemas para lavarme o vestirme   Tengo problemas leves para lavarme o vestirme   Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme   Tengo problemas graves para lavarme o vestirme   No puedo lavarme o vestirme			
domésticas, actividades familiares o actividades duran No tengo problemas para realizar mis actividades cotic Tengo problemas leves para realizar mis actividades c	mas leves para realizar mis actividades cotidianas  mas moderados para realizar mis actividades cotidianas  mas graves para realizar mis actividades cotidianas			
ANSIEDAD/DEPRESIÓN  No estoy ansioso ni deprimido   Estoy levemente ansioso o deprimido   Estoy moderadamente ansioso o deprimido   Estoy muy ansioso o deprimido   Estoy extremadamente ansioso o deprimido				



#### NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [\_\_][\_\_][\_\_]-[\_\_][\_\_][\_\_]

- Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.
   0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =

La mejor salud que usted se

pueda imaginar

La peor salud que usted se pueda imaginar

15 10 5

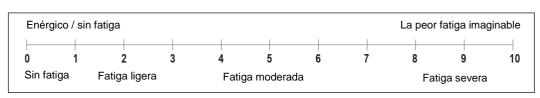
© 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

#### 6. Disnea y cansancio

Marque LA casilla que describa mejor la disnea que siente actualmente y LA casilla que describe la disnea que sentía antes de su enfermedad Covid-19	En las últimas 24 horas (marque una casilla)	Antes de su enfermedad Covid-19 (marque una casilla)
No tenía problemas de disnea salvo durante ejercicios extenuantes		
Falta de aire al ir deprisa o subir una ligera pendiente		
Paso más lento que la mayoría de gente de mi edad debido a la disnea o necesidad de parar para recuperar el aliento caminando al propio ritmo		
Paradas para recuperar el aliento cada 100 yardas/90-100 metros o al cabo de unos minutos en llano		
Disnea demasiado elevada como para salir de casa o disnea al vestirse/desvestirse		

Indique la intensidad media de su fatiga en las últimas 24 horas, en una escala de 0 a 10.

Donde: 0 = nada de fatiga y 10 = máxima fatiga que pueda imaginar





# NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [\_\_][\_\_][\_\_]-[\_\_][\_\_]

7. Las siguientes preguntas abordan las dificultades que pueda experimentar en la realización de ciertas actividades debido a un PROBLEMA DE SALUD.						
narque la respuesta correcta con un signo de verificación n la casilla)		Actualmente		Antes de la enfermedad Covid-19		
¿Tiene dificultades de visión aun llevando gafas?		<ul> <li>□ No - ninguna dificultad</li> <li>□ Sí - cierta dificultad</li> <li>□ Sí - mucha dificultad</li> <li>□ Imposibilidad absoluta</li> </ul>			<ul> <li>□ No - ninguna dificultad</li> <li>□ Sí - cierta dificultad</li> <li>□ Sí - mucha dificultad</li> <li>□ Imposibilidad absoluta</li> </ul>	
¿Tiene dificultades auditivas, incluso con el uso de un dispositivo de ayuda a la audición?		<ul> <li>□ No - ninguna dificultad</li> <li>□ Sí - cierta dificultad</li> <li>□ Sí - mucha dificultad</li> <li>□ Imposibilidad absoluta</li> </ul>			<ul> <li>□ No - ninguna dificultad</li> <li>□ Sí - cierta dificultad</li> <li>□ Sí - mucha dificultad</li> <li>□ Imposibilidad absoluta</li> </ul>	
	<ul> <li>□ No - ninguna dificultad</li> <li>□ Sí - cierta dificultad</li> <li>□ Sí - mucha dificultad</li> <li>□ Imposibilidad absoluta</li> </ul>		<ul> <li>□ No - ninguna dificultad</li> <li>□ Sí - cierta dificultad</li> <li>□ Sí - mucha dificultad</li> <li>□ Imposibilidad absoluta</li> </ul>			
	□ Sí - □ Sí -	cierta dificultad mucha dificultad		<ul><li>□ No - ninguna dificultad</li><li>□ Sí - cierta dificultad</li><li>□ Sí - mucha dificultad</li><li>□ Imposibilidad absoluta</li></ul>		
	<ul> <li>No - ninguna dificultad</li> <li>Sí - cierta dificultad</li> <li>Sí - mucha dificultad</li> <li>Imposibilidad absoluta</li> </ul>			<ul> <li>No - ninguna dificultad</li> <li>Sí - cierta dificultad</li> <li>Sí - mucha dificultad</li> <li>Imposibilidad absoluta</li> </ul>		
er?	<ul> <li>□ No - ninguna dificultad</li> <li>□ Sí - cierta dificultad</li> <li>□ Sí - mucha dificultad</li> <li>□ Imposibilidad absoluta</li> </ul>		<ul> <li>□ No - ninguna dificultad</li> <li>□ Sí - cierta dificultad</li> <li>□ Sí - mucha dificultad</li> <li>□ Imposibilidad absoluta</li> </ul>			
8. ¿Ha realizado algún cambio de estilo de vida desde la infección de COVID-19? (marque la respuesta correcta con un signo de verificación en la casilla)						
más a		Lo hago menos a menudo	No ha	ay diferencia	No lo hacía antes de la Covid-19	
	erificación erificación er? er? la desde la de verificación	erificación  No Sí - Sí - Sí - Imp No Sí - Imp	Actualmente    No - ninguna dificultad   Sí - cierta dificultad   Imposibilidad absolutad   Sí - mucha dificultad   Sí - mucha dificultad   Sí - mucha dificultad   Sí - mucha dificultad   Imposibilidad absolutad   Imposibilidad absolutad   Sí - mucha dificultad   Sí - cierta dificultad   Sí - mucha dificultad   Imposibilidad absolutad   Imposibilidad absolutad   Sí - mucha dificultad   Sí - mucha dificultad   Sí - mucha dificultad   Imposibilidad absolutad   No - ninguna dificultad   Sí - mucha dificultad   Imposibilidad absolutad   No - ninguna dificultad   Sí - mucha dificultad   Sí - mucha dificultad   Sí - mucha dificultad   Imposibilidad absolutad   Imposibilidad absolutad   Lo hago menos a   Lo hago menos a   Lo hago menos a   Lo hago menos a	erificación  Actualmente  No - ninguna dificultad Sí - cierta dificultad Imposibilidad absoluta  No - ninguna dificultad Sí - cierta dificultad Sí - cierta dificultad Sí - mucha dificultad Imposibilidad absoluta  No - ninguna dificultad Sí - cierta dificultad Sí - cierta dificultad Sí - mucha dificultad Sí - mucha dificultad Sí - cierta dificultad Sí - cierta dificultad Sí - cierta dificultad Sí - mucha dificultad Sí - mucha dificultad Sí - cierta dificultad Sí - mucha dificultad Imposibilidad absoluta  No - ninguna dificultad Sí - cierta dificultad Imposibilidad absoluta  No - ninguna dificultad Imposibilidad absoluta  Lo hago menos a	Actualmente    No - ninguna dificultad   Sí - cierta dificultad   Sí - mucha dificultad   Sí - mucha dificultad   Sí - mucha dificultad   Sí - cierta dificultad   Sí - mucha dificultad   Sí - mucha dificultad   Sí - cierta dificultad   Sí - ciert	



## NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]-[\_\_][\_\_][\_\_]

9. Algunas preguntas sobre su profesión/condición laboral
Antes de enfermar de COVID-19, ¿cuál era su profesión/condición laboral (remunerada o no remunerada)?
□ Trabajador a jornada completa □ Trabajador a jornada parcial□ Cuidador a jornada completa (hijos u otras personas)
□ Sin empleo □ Incapacitado para trabajar debido a una enfermedad crónica □ Estudiante □ Jubilado
□ Jubilado por enfermedad □ Prefiero no contestar
¿Cuál es su profesión/condición laboral principal actualmente?  □ La misma que antes □ Otra distinta □ Prefiero no contestar
En caso de que sea otra distinta, describa su profesión/condición laboral actual (marque todas las opciones que procedan).
□ Trabajador a jornada completa □ Trabajador a jornada parcial □ Sin trabajar debido a limitaciones de COVID-19
□ Baja por enfermedad □ Cuidador a jornada completa (hijos u otras personas) □ Sin empleo
□ Incapacitado para trabajar debido a una enfermedad crónica □ Estudiante □ Jubilado
□ Prejubilado por enfermedad □ Con más ingresos □ Con menos ingresos □ Prefiero no contestar
En caso de que sea otra distinta, ¿a qué se debe el cambio en su profesión/condición laboral?
☐ Mala salud ☐ Nueva responsabilidad de cuidado ☐ Despido
☐ Reducción de horario por parte de la empresa ☐ Baja por enfermedad
□ Otra (especifique):□Prefiero no contestar
¿Ha estado de baja por enfermedad en el trabajo o colegio/universidad debido a su enfermedad con Covid-19? □Sí □No □Prefiero no decirlo
En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo ha estado de baja por enfermedad en total?: [_Número_] indicar unidades:
□días □semanas
10. Algunas preguntas sobre usted
Sexo biológico:  Hombre  Mujer  No binario  Prefiero no contestar  Origen étnico (marque todas las opciones que correspondan):  Blanco  Asiático oriental  Asiático del sur  Asiático occidental  Latinoamericano Otro (especifique):  Prefiero no contestar  Cuánto mide aproximadamente? (cm, metros /pies/pulgadas – rodee la unidad empleada)  No estoy seguro  Cuánto pesa ahora aproximadamente? (kg/lbs – rodee la unidad de medida utilizada)  No estoy seguro  Cuál era su peso estimado antes de  contraer la Covid-19? (kg/lbs – rodee la unidad de medida utilizada)  No estoy seguro
¿Cuántas personas viven habitualmente en su domicilio, incluyéndose a usted? [_Número_] Indique su
máximo nivel educativo:
<ul> <li>□ Educación primaria (de 3 a 7 años)</li> <li>□ Educación secundaria (de 8 a 10 años)</li> <li>□ Educación secundaria superior (de 11 a 13 años)</li> <li>□ Formación profesional</li> <li>□ Universidad</li> <li>□ Grado</li> <li>□ Posgrado</li> <li>□ Doctorado</li> <li>□ Otro (especifique)</li> <li>□ No he cursado educación ni formación reglada</li> <li>□ Prefiero no contestar</li> </ul>
Número de años en educación reglada
*Incluyendo primeria, es decir, de 5 a 7 años, y educación superior
11. Indíquenos si cree que la COVID-19 ha afectado a su salud o bienestar de alguna otra forma no descrita anteriormente.
12. Fin del cuestionario
¡Gracias por su tiempo!