

En los <u>últimos siete días</u> , ¿ha experimentado alguno de estos síntomas? (Que no hubiera experimentado antes del inicio de su enfermedad por Covid-19)			
Cefalea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor muscular persistente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos persistente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor o hinchazón articular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo	<input type="checkbox"/> tos seca <input type="checkbox"/> con flema	Imposibilidad de moverse por completo o de controlar el movimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida del sentido del olfato	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Insensibilidad de un lado del cuerpo o de la cara	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida del sentido del gusto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensación de hormigueo/«alfileres y agujas»	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Falta de aliento/ disnea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mareos/vahídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor al respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Debilidad/desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores torácicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones/ataques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones (aceleración del corazón)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estremecimiento/temblores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Confusión/falta de concentración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas para tragar o masticar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de estómago/abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sensación de malestar/vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Zumbido de oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas para hablar o comunicarse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas para miccionar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bultos o erupciones (de color morado/rosáceo) en los dedos de los pies	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Disfunción eréctil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	Erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cambios en la menstruación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	En caso afirmativo, marque todas las partes del cuerpo que se correspondan: <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Tronco (estómago o espalda) <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Nalgas <input type="checkbox"/> Dedos de los pies <input type="checkbox"/> Dedos de las manos	
Tobillo(s) hinchado(s)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el lugar de la hemorragia: _____
Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Algún otro síntoma NUEVO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Debilidad en brazos o piernas / debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, especifique: _____	
Fatiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

4. Acerca de su salud

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su 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

ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

DOLOR/MALESTAR

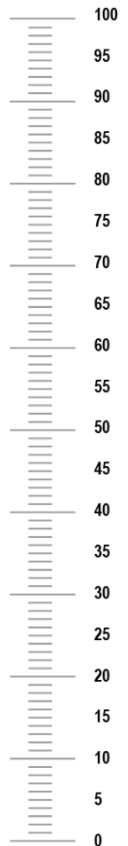
- No tengo dolor ni malestar
- Tengo dolor o malestar leve
- Tengo dolor o malestar moderado
- Tengo dolor o malestar fuerte
- Tengo dolor o malestar extremo

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

- 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.

La mejor salud que usted se pueda imaginar



La peor salud que usted se pueda imaginar

SU SALUD HOY =

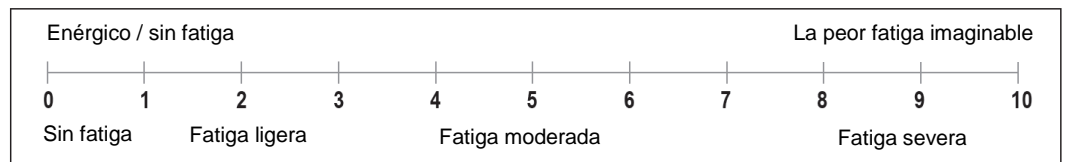
© 2009 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

5. 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)
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



6. Las siguientes preguntas abordan las dificultades que pueda experimentar en la realización de ciertas actividades debido a un PROBLEMA DE SALUD.	
(marque la respuesta correcta con un signo de verificación en la casilla)	Actualmente
¿Tiene dificultades de visión aun llevando gafas?	<input type="checkbox"/> No - ninguna dificultad <input type="checkbox"/> Sí - cierta dificultad <input type="checkbox"/> Sí - mucha dificultad <input type="checkbox"/> Imposibilidad absoluta
¿Tiene dificultades auditivas, incluso con el uso de un dispositivo de ayuda a la audición?	<input type="checkbox"/> No - ninguna dificultad <input type="checkbox"/> Sí - cierta dificultad <input type="checkbox"/> Sí - mucha dificultad <input type="checkbox"/> Imposibilidad absoluta
¿Tiene dificultades para caminar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/> No - ninguna dificultad <input type="checkbox"/> Sí - cierta dificultad <input type="checkbox"/> Sí - mucha dificultad <input type="checkbox"/> Imposibilidad absoluta
¿Tiene dificultades para recordar o concentrarse?	<input type="checkbox"/> No - ninguna dificultad <input type="checkbox"/> Sí - cierta dificultad <input type="checkbox"/> Sí - mucha dificultad <input type="checkbox"/> Imposibilidad absoluta
¿Tiene dificultades para asearse o vestirse (usted mismo(a))?	<input type="checkbox"/> No - ninguna dificultad <input type="checkbox"/> Sí - cierta dificultad <input type="checkbox"/> Sí - mucha dificultad <input type="checkbox"/> Imposibilidad absoluta
En su propio idioma habitual (usual), ¿tiene dificultades para comunicarse, por ejemplo, para comprender o hacerse entender?	<input type="checkbox"/> No - ninguna dificultad <input type="checkbox"/> Sí - cierta dificultad <input type="checkbox"/> Sí - mucha dificultad <input type="checkbox"/> Imposibilidad absoluta

7. ¿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)				
	Lo hago más a menudo	Lo hago menos a menudo	No hay diferencia	No lo hacía antes de la Covid-19
Fumar				
Beber alcohol				
Comer sano				
Ejercicio físico (incluidos caminar y montar en bicicleta)				

8. 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

9. Algunas preguntas sobre usted**Sexo biológico:** Hombre Mujer No binario Prefiero no contestar**Origen étnico (marque todas las opciones que correspondan):** Blanco Árabe Negro 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:**

- Educación primaria (de 3 a 7 años) Educación secundaria (de 8 a 10 años)
 Educación secundaria superior (de 11 a 13 años) Formación profesional
 Universidad Grado Posgrado Doctorado
 Otro (especifique) _____ No he cursado educación ni formación reglada Prefiero no contestar

Número de años en educación reglada _____***Incluyendo primería, es decir, de 5 a 7 años, y educación superior****10. Indíquenos si cree que la COVID-19 ha afectado a su salud o bienestar de alguna otra forma no descrita anteriormente.****11. Fin del cuestionario****¡Gracias por su tiempo!**