

NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [_][_][_][_]	_]-[][_][_][
FECHA DEL CUESTIONARIO (a rellenar por el equipo antes de enviar o administrar el			
cuestionario): >3-6m [] >6-9m [] >9-12m [] >12-18m [] >18-24m [] >24-36m []	>36m[1	

1. Acerca de usted y su enfermedad COVID-19 (si está realizando este cuestionario en nombre de un menor de edad o adulto a su cargo, todas las preguntas irán relacionadas con la salud 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-19? [_Número_] Fecha estimada de la última dosis de la vacuna recibida: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_2_][_A_] ¿Qué tipo de vacuna de la Covid-19 le han puesto? □AstraZeneca □Pfizer-BioNTech □Imperial □Janssens □ Moderna □Sinopharm □ Sputnik V □Otra (nombre): □No estoy seguro			
¿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_]/[_2_][_0_][_A_][_A_] ¿Lo ingresaron en el hospital debido a COVID-19 o le diagnosticaron Covid-19 durante un ingreso en el hospital? □ Sí □ No			
Indique la fecha aproximada en la que Ingresó en el hospital. [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]			
Indique la fecha aproximada en la que recibió el alta hospitalaria. [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]			
 ¿Lo han ingresado de nuevo en el hospital o centro sanitario después de su enfermedad aguda con Covid-19? □ Sí □ No 			
En caso afirmativo, indique cuántas veces: [_Número_] En caso afirmativo, especifique el motivo:			
Nombre del hospital o de los hospitales:			
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			
¿Se siente completamente recuperado de la COVID-19? □ Completamente en desacuerdo □ En desacuerdo □ Ni de acuerdo ni en desacuerdo □ De acuerdo □ Completamente de acuerdo			
¿Se ha sentido febril recientemente? □ Sí □ No □ No estoy seguro			
En caso afirmativo, aproximadamente, en qué momento se sintió febril?			
En caso afirmativo, ¿cuál fue la causa □ COVID -19 □ Otra infección respiratoria (tos/resfriado/dolor de garganta) de su enfermedad febril más reciente? □ Enfermedad estomacal (diarrea/vómitos) □ Infección de orina □ TB □ Otro: especique: □ □ No lo sé □ Prefiero no responder			
3. Desde la COVID-19, ¿le han diagnosticado alguna de las siguientes dolencias?			
Infarto □ Sí □ No Trombosis venosa profunda (DVT, "coágulo en una pierna") □ Sí □ No Derrame o miniderrame/AIT □ Sí □ No Embolismo pulmonar (EP, "coágulo en un pulmón") □ Sí □ No			
Problemas renales □ Sí □ No Otra dolencia (especifique)?			



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 ☐ Sí		
Tos persistente En caso afirmativo □ tos se	☐ Sí ☐ No	Dolor o hinchazón articular	□ Sí □ No	
	□ Sí □ No	Imposibilidad de moverse por completo o de cont movimiento	rolar el □ Sí □ No	
Pérdida del sentido del olfato	_ 01 _ 110	Insensibilidad de un lado del cuerpo o de la cara	□ Sí □ No	
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 estornago/abaomina	01 - 140	Zumbido de oídos	□ Sí □ No	
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: [__][__][__][__]-[__][__][__]

4. Acerca de su salud		
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	
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		



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 peor salud que usted se pueda imaginar

© 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

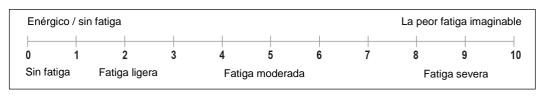
Paso más lento que la mayoría de gente de mi edad debido a la disnea o necesidad de parar para recuperar el aliento caminando al propio ritmo

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





NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [__][_][_]-[_][_]-[_][_]

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?			 □ No - ninguna dificultad □ Sí - cierta dificultad □ Sí - mucha dificultad □ Imposibilidad absoluta 			
¿Tiene dificultades auditivas, incluso con el uso de un dispositivo de ayuda a la audición?			 □ No - ninguna dificultad □ Sí - cierta dificultad □ Sí - mucha dificultad □ Imposibilidad absoluta 			
¿Tiene dificultades para caminar o subir escaleras?				 □ No - ninguna dificultad □ Sí - cierta dificultad □ Sí - mucha dificultad □ Imposibilidad absoluta 		
¿Tiene dificultades para recordar o concentrarse? □ No - ninguna dificultad □ Sí - cierta dificultad □ Sí - mucha dificultad □ Imposibilidad absoluta			rta dificultad cha dificultad			
□ Sí - cier □ Sí - mu			ninguna dificultad erta dificultad ucha dificultad sibilidad absoluta			
En su propio idioma habitual (usual), ¿tiene dificultades para comunicarse, por ejemplo, para comprender o hacerse entender? □ No - ninguna dificultad □ Sí - cierta dificultad □ Sí - mucha dificultad □ Imposibilidad absolu			rta dificultad cha dificultad			
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)						



NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [__][__][__]-[__][__][__]

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 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 primeria, 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