

COHORT ID	SITE ID	PARTICIPANT ID	PIN	COHORT VISIT ID	FORM COMPLETED
_____	_____	_____	____	_____	___/___/___ mm dd yyyy
ECHO LIFE STAGE			RESPONDENT		
<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Prenatal	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Perinatal	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Participant	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Biological Mother		
<input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Infancy	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub> Early Childhood	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Biological Father	<input type="checkbox"/> <sub>04</sub> Other Respondent		
<input type="checkbox"/> <sub>05</sub> Middle Childhood	<input type="checkbox"/> <sub>06</sub> Adolescence			Code: __ __	

**STUDY STAFF INSTRUCTION:** This form should be completed by the primary caregiver of a child enrolled in an ECHO cohort during the life stages of infancy, early childhood, middle childhood, and adolescence through age 12 years. The child's ID should be used in the header for the participant ID.

**INSTRUCCIONES:**

*Este cuestionario tiene 2 secciones:*

- *Sección A: Infección por el virus que causa la COVID-19*
- *Sección B: Efectos del brote de COVID-19 en el niño o la niña inscrito/a en ECHO*

*Complete las secciones A y B si el niño o la niña tiene 12 meses o más. Complete la sección A solo si el niño o la niña tiene menos de 12 meses. Complete la sección A solo si el niño o la niña tiene menos de 12 meses.*

*Estas preguntas se refieren a las experiencias del niño o la niña con la COVID-19 o el coronavirus. En cada pregunta, haga todo lo posible por recordar los detalles que se le piden.*

**Sección A. Infección por el virus que causa la COVID-19**

En las siguientes preguntas, "profesional de la salud" se refiere a un médico, un/a enfermero/a especialista, un/a auxiliar médico/a u otra persona a quien usted acuda para recibir atención médica. Todas las preguntas se refieren al niño o la niña inscrito/a en ECHO.

1. ¿Un profesional de la salud alguna vez le ha dicho que el niño o la niña tiene, o que probablemente tiene COVID-19 (coronavirus)?
- <sub>01</sub> Sí
- <sub>02</sub> No
2. ¿Cuáles de los siguientes síntomas ha tenido el niño o la niña en algún momento desde el 1 de marzo de 2020? (**Marque todos los que correspondan**)
- <sub>01</sub> Fiebre o escalofríos
- <sub>02</sub> Tos
- <sub>03</sub> Falta de aire para respirar
- <sub>04</sub> Dolor de garganta
- <sub>05</sub> Dolor de cabeza
- <sub>06</sub> Dolores musculares o corporales
- <sub>07</sub> Goteo nasal
- <sub>08</sub> Agotamiento o sueño excesivo
- <sub>09</sub> Diarrea, náuseas o vómitos
- <sub>10</sub> Pérdida del sentido del olfato o del gusto
- <sub>11</sub> Ojos rojos o picazón (comezón) en los ojos
- <sub>12</sub> Ninguno de los anteriores → **pase a la sección A, pregunta 3.**
- 2.a. ¿Cuáles de las siguientes situaciones sucedieron como consecuencia de los síntomas del niño o la niña? (**Marque todas las que correspondan**)
- <sub>01</sub> Dejaron al niño o la niña hospitalizado/a toda la noche porque un profesional de la salud creyó que tenía COVID-19
- <sub>02</sub> El niño o la niña tuvo una consulta con un profesional de la salud en persona, por ejemplo, en una clínica, en un consultorio médico, en un centro de atención de urgencias o en la sala de urgencias de un hospital
- <sub>03</sub> Usted y el niño o la niña hablaron con un profesional de la salud por teléfono, por correo electrónico o en línea
- <sub>04</sub> Usted y el niño o la niña se autoaislaron o se mantuvieron en cuarentena en casa
- <sub>05</sub> Ninguna de las anteriores
- 2.b. En las dos semanas antes de que el niño o la niña tuviera síntomas, él o ella: (**Marque todas las que correspondan**)
- <sub>01</sub> Tuvo contacto con alguien que dio positivo en la prueba de la COVID-19
- <sub>02</sub> Tuvo contacto con alguien que probablemente tenía COVID-19 (por ejemplo, alguien que no se había hecho la prueba pero tenía síntomas, o una persona a quien un profesional de la salud le había dicho que probablemente tenía la enfermedad)
- <sub>03</sub> Viajó a otro estado o país (especifique: \_\_\_\_\_)
- <sub>04</sub> Ninguna de las anteriores



**Sección B. Efectos del brote de COVID-19 en el niño o la niña inscrito/a en ECHO**

1. ¿La escuela, el programa preescolar o el sitio de cuidado infantil del niño o la niña cerró a causa del brote de COVID-19?

<sub>01</sub> Sí

<sub>02</sub> No → **Pase a la sección B, pregunta 2.**

<sub>03</sub> El niño o la niña no está inscrito/a en ninguna escuela, programa preescolar ni sitio de cuidado infantil → **Pase a la sección B, pregunta 2.**

1.a. ¿Normalmente recibe el niño o la niña comidas gratuitas en la escuela, el programa preescolar o el sitio de cuidado infantil?

<sub>01</sub> Sí

<sub>02</sub> No → **Pase a la sección B, pregunta 1.b**

1.a.1. ¿La escuela, el programa preescolar o el sitio de cuidado infantil del niño o la niña ha ofrecido comidas durante el cierre escolar a causa de la COVID-19?

<sub>01</sub> Sí

<sub>02</sub> No → **Pase a la sección B, pregunta 1.b**

1.a.1.a. ¿Ha podido recibir el niño o la niña las comidas que proporciona la escuela durante el cierre asociado con COVID-19?

<sub>01</sub> Sí

<sub>02</sub> No

1.b. ¿La escuela, el programa preescolar o el sitio de cuidado infantil del niño o la niña ha ofrecido aprendizaje en línea durante el cierre?

<sub>01</sub> Sí

<sub>02</sub> No → **Pase a la sección B, pregunta 2.**

1.b.1. ¿La escuela, el programa preescolar o el sitio de cuidado infantil del niño o la niña ha proporcionado alguna de las siguientes cosas para apoyar el aprendizaje en línea?

a. Acceso gratuito a Internet en casa <sub>01</sub> Sí <sub>02</sub> No

b. Computadora o tableta gratuita <sub>01</sub> Sí <sub>02</sub> No

2. ¿Qué tipo de acceso a Internet tiene el niño o la niña en casa? (**Marque todos los que correspondan**)

<sub>01</sub> Internet de banda ancha de alta velocidad ("wifi") (p. ej., DSL, cable, fibra óptica)

<sub>02</sub> Internet por línea telefónica (no wifi)

<sub>03</sub> Teléfono inteligente no conectado a una red wifi del hogar (p. ej., uso de celular, red LTE, punto de acceso móvil o *hotspot*, wifi de un vecino)

<sub>04</sub> El niño o la niña no tiene acceso a Internet en casa

} → **Pase a la sección B, pregunta 3.**

2.b. ¿Tenía el niño o la niña acceso a Internet de banda ancha de alta velocidad en casa antes del 1 de marzo de 2020?

<sub>01</sub> Sí

<sub>02</sub> No

**Sección B. Efectos del brote de COVID-19 en el niño o la niña inscrito/a en ECHO (continuación)**

En las filas 3.a a 3.h a continuación, marque 'Menos', 'Igual' o 'Más' para indicar cuánto el niño o la niña realiza ahora la actividad en comparación con antes del brote de COVID-19.

	Menos	Igual	Más
<b>3.</b> En comparación con antes del brote de COVID-19, <u>¿cuánto</u> hace ahora el niño o la niña lo siguiente?			
a. Comer	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>
b. Dormir	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
c. Actividad física	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>
d. Pasar tiempo afuera	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
e. Pasar tiempo en persona con amigos	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>
f. Pasar tiempo a distancia con amigos (p. ej., en línea, en las redes sociales, por mensajes de texto)	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>
g. Pasar tiempo viendo la televisión, jugando videojuegos o juegos por computadora, o usando las redes sociales con fines <b><u>educativos</u></b> , como para el trabajo escolar	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/>
h. Pasar tiempo viendo la televisión, jugando videojuegos o juegos por computadora, o usando las redes sociales con fines que <b><u>no son educativos</u></b>	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>02</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>03</sub>

**4.** En comparación con antes del brote de COVID-19, ¿se siente el niño o la niña...?

- <sub>01</sub> mucho menos conectado/a socialmente
- <sub>02</sub> menos conectado/a socialmente
- <sub>03</sub> un poco menos conectado/a socialmente
- <sub>04</sub> un poco más conectado/a socialmente
- <sub>05</sub> más conectado/a socialmente
- <sub>06</sub> mucho más conectado/a socialmente

Setting	Mode
<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Clinic or site <input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Phone <input type="checkbox"/> <sub>03</sub> Other location	<input type="checkbox"/> <sub>01</sub> Self-administered <input type="checkbox"/> <sub>02</sub> Staff-administered