

Encuestador/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Fase 14-15 años***

**14. Cuestionario sobre COVID-19**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marca quién ha rellenado el cuestionario: Madre ⬜ Padre ⬜ Otros (especifica): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

*A continuación, hay una serie preguntas sobre el contacto que ha tenido su hijo/a con el COVID-19, y los síntomas que ha podido tener. Por favor, responde las siguientes preguntas,*

**CONTACTO CON CASOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. ¿Ha estado tu hijo/a en contacto estrecho con alguna persona diagnosticada de COVID-19?** | 🞎 No  🞎 Sí  🞎 No sabe / No contesta |
| **1.a. En caso afirmativo, ¿con quién?** | 🞎 Adulto del mismo hogar  🞎 Niño del mismo hogar  🞎 Adulto de otro hogar  🞎 Niño otro hogar |

**SÍNTOMAS DEL COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| **2. ¿Crees que tu hijo/a ha tenido o tiene COVID-19?** | 🞎 Sí, confirmado por una prueba positiva 🡪Ve a la pregunta 3 🞎 Sí, sospechado por el médico pero sin realizar ninguna prueba. Especifique la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🡪Ve a la pregunta 4 🞎 Sí, por sospecha propia 🡪Ve a la pregunta 6 🞎 No |
| **3. ¿Qué tipo de prueba? Se puede seleccionar más de una respuesta.** | 🞎 PCR (hisopado naso-faríngeo). Especifique la fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 Prueba serológica (prueba de anticuerpos) Especifique la fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 Prueba rápida (prueba de antígenos) Especifique la fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 No sabe / No contesta |
| **4. ¿Ha sido tu hijo/a hospitalizado/a por COVID-19?** | 🞎 Si. Especifique la fecha de entrada y salida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 No🡪Ve a la pregunta 6 |
| **5.¿Necesitó tu hijo cuidados intensivos durante su estancia en el hospital?** | 🞎 Sí. Especifique número de días en UCI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 No |
| **6. ¿Ha sido alguna persona del hogar hospitalizado/a por COVID-19?** | 🞎 Si. Especifique la fecha de entrada y salida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 No🡪Fin del cuestionario |
| **7.¿Necesitó esa persona cuidados intensivos durante su estancia en el hospital?** | 🞎 Sí. Especifique número de días en UCI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 No 🡪Fin del cuestionario |

**¡Muchas gracias por tu tiempo!**