



Universidad
de Navarra

Cuestionario complementario de información médica

Versión 2.0 (6 de enero, 2021)

Información personal

Nombre: _____

Primer Apellido: _____

Segundo Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

DNI: _____

Sistema operativo del móvil:

- Apple
- Android

Ciudad o pueblo _____ Avenida/Calle _____

Número _____ Escalera (izquierda o derecha, solo para departamentos) _____

Piso _____ Puerta _____

¿Usualmente usted recibe atención médica a través de cuál de los siguientes proveedores de salud?

- Público (Seguridad Social/Osasunbidea)
- Ambos
- Privado (Clínica Universidad de Navarra)

¿Ha sufrido usted de alguna de las siguientes condiciones en el pasado, o sufre de alguna en la actualidad?

- Tos de causa no específica o desconocida
- Infecciones no especificadas de las vías respiratorias altas (Sinusitis, otitis, laringitis)
- Faringitis
- Asma
- Bronquitis
- Enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica (EBPOC)
- COVID-19
- Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE)
- Influenza estacional



Universidad
de Navarra

- Neumonía (sin importar la causa)
- Infección por virus sincitial respiratorio
- Otras infecciones no especificadas del tracto respiratorio inferior
- Fumador
- Otra condición

En caso de haber seleccionado la opción "Otra condición", por favor explique a continuación a que se refiere:

**English version****Medical Information Questionnaire for participants recruited at the University of Navarra****Version 2.0 (January 6th, 2021)****The following information must be filled by participants who have consented to take part in the study****Participant information**

Name: _____

First surname: _____

Second surname: _____

DOB: _____

DNI: _____

Participant's mobile operating system:

- Apple
- Android

Residence city _____ Street _____

Number _____ Stair (left or right, only for apartment buildings) _____

Floor _____ Door _____

Participant contact

Mobile phone: _____

Email: _____

Usually, you receive medical care from which of the following providers?

- Public health network (Social Security/Osasunbidea)
- Private (Clínica Universidad de Navarra)
- Both

Please indicate if you have suffered from any of the following medical conditions



Universidad
de Navarra

- Non-specific cough
- Non-specific upper respiratory tract infections
- Acute pharyngitis
- Asthma
- Bronchitis
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
- COVID-19
- Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)
- Influenza
- Pneumonia (any cause)
- Respiratory Syncytial Virus Disease
- Another non-specific lower respiratory tract infection
- Smoker
- Other condition (please specify): _____



Universidad
de Navarra