

COVID-19 Testing

Você foi testado para COVID-19 usando um teste de cotonete? (Esta pergunta não se refere aos testes de anticorpos. Estes serão abordados em uma seção separada da pesquisa.) *

- Sim, fui testado pelo menos uma vez.
- Não, tentei fazer o teste, mas não consegui.
- Não, não tentei fazer o teste.

Quantas vezes você foi testado (teste de cotonete) *

- 1
- 2
- 3
- Outros

Em que data você foi testado(a) pela **primeira** vez? (se você não se lembra da data exata, insira uma estimativa) *

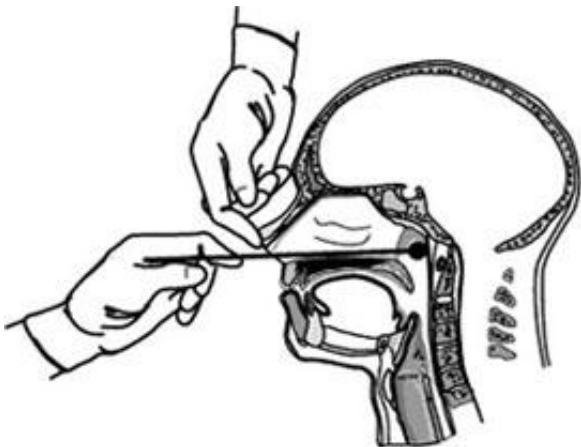
	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 2020

Esta foi uma data estimada?

- Esta foi uma estimativa

Qual foi o seu tipo de **primeiro** teste de COVID-19?

- Nasal (secreções nasais das narinas, sem avançar para a parte posterior do nariz e garganta)
- Nasofaríngea (secreções nasais do final das narinas, movendo-se para a cavidade na parte posterior do nariz e garganta)



- Garganta
- Outro

Qual foi o resultado do seu teste? *

- Positivo
- Negativo
- Inconclusivo/esperando pelos resultados

Quando você foi testado(a) pela **segunda** vez?(se você não se lembra da data exata, insira uma estimativa) *

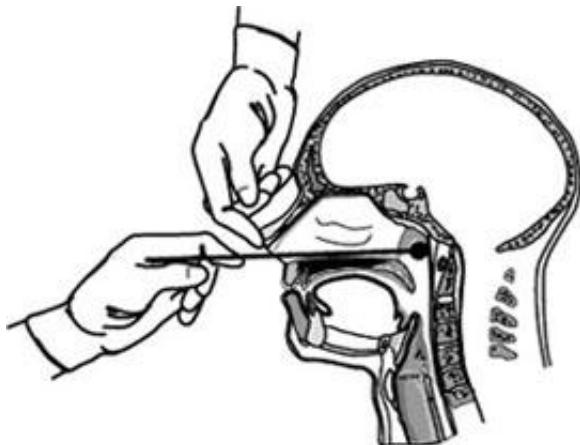
	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Esta foi uma data estimada?

- Esta foi uma estimativa

Qual foi o seu tipo de **primeiro** teste de COVID-19?

- Nasal (secreções nasais das narinas, sem avançar para a parte posterior do nariz e garganta)
- Nasofaríngea (secreções nasais do final das narinas, movendo-se para a cavidade na parte posterior do nariz e garganta)



- Garganta
- Outro

Qual foi o resultado do seu teste? *

- Positivo
- Negativo
- Inconclusivo/esperando pelos resultados

Quando você foi testado(a) pela **terceira vez?**(se você não se lembra da data exata, insira uma estimativa) *

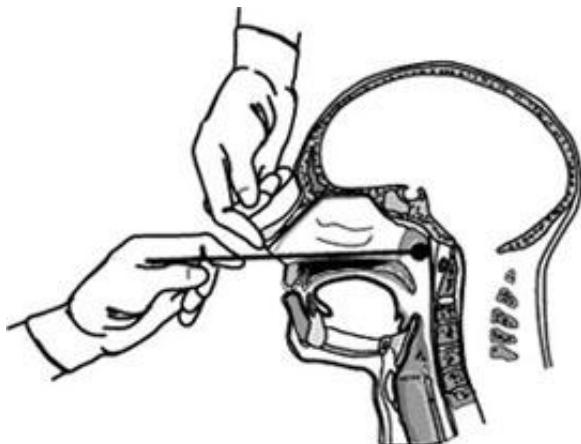
	Mês	Dia	Ano
Por favor selecione:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 2020

Esta foi uma data estimada?

- Esta foi uma estimativa

Qual foi o seu tipo de **primeiro** teste de COVID-19?

- Nasal (secreções nasais das narinas, sem avançar para a parte posterior do nariz e garganta)
- Nasofaríngea (secreções nasais do final das narinas, movendo-se para a cavidade na parte posterior do nariz e garganta)



- Garganta
- Outro

Qual foi o resultado do seu teste? *

- Positivo
- Negativo
- Inconclusivo/esperando pelos resultados

Se você fez outros testes, liste-os aqui. Coloque cada teste em uma nova linha com o tipo, data e status separados por uma vírgula. Por exemplo: Nasofaríngeo, 4-1-20, Positivo. Se você não se lembra da data exata, por favor insira a data mais próxima possível