

REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE

ENCUESTA SOBRE COVID-19 DE 2021

INSTRUCCIONES:

- Rellene los círculos completamente con un bolígrafo de tinta negra o azul. Ejemplo:

<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	----------------------------------	-----------------------
- Escriba las respuestas en letra mayúscula. Ejemplo:

J	A	1	2
---	---	---	---

Esta encuesta contiene preguntas que ayudarán al Registro a comprender de qué forma la pandemia de COVID-19 (o coronavirus) ha afectado su vida y su salud. Si bien en ocasiones se lo nombra como coronavirus, nosotros usaremos "COVID-19" en esta encuesta.

1. Escriba la fecha de hoy:

M	M	D	D	A	A	A	A

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

M	M	D	D	A	A	A	A

3. ¿Qué sexo se le asignó al nacer?

- Femenino
- Masculino
- Ni masculino ni femenino

4. Desde que comenzó la pandemia de COVID-19 (marzo de 2020), ¿en algún momento tuvo alguna enfermedad que pensó que podía ser COVID-19?

- Sí
 - No
 - No sé
- } → Pase a la pregunta 9.

5. ¿En qué mes y año tuvo una enfermedad que pensó que podía ser COVID-19?

M	M	A	A	A	A

6. Mientras tuvo la enfermedad que pensó que podía ser COVID-19, ¿tuvo los siguientes síntomas?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Tos
 - Dificultad para respirar en reposo
 - Dificultad para respirar con esfuerzo
 - Sibilancias
 - Pérdida del gusto u olfato
 - Dolor de garganta
 - Fiebre (o sentirse afebrado/a)/sudor/escalofríos
 - Dolor muscular o articular
 - Dolor/molestia/opresión en el pecho
 - Fatiga
 - Dolor de cabeza
 - Náuseas/vómito/diarrea/dolor de estómago
 - Otro (especifique):
- _____

7. Mientras estuvo enfermo/a, ¿buscó atención de un/a profesional de la salud?

- Sí
- No → Pase a la pregunta 9.

8. ¿Dónde buscó atención médica? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Consultorio de su proveedor de atención primaria u otro consultorio médico
 - Llamada telefónica al consultorio de un médico
 - Telemedicina, como una videollamada con un proveedor de atención médica
 - Clínica minorista o farmacia
 - Atención de urgencias, como CityMD
 - Sala de emergencias
 - Hospital, no en la sala de emergencias
 - Algún otro lugar (especifique):
- _____

9. ¿Alguna vez se le ha realizado la prueba de detección del virus de la COVID-19 a través de su saliva, un hisopado nasal o un hisopado de garganta? Esta prueba no es la prueba de anticuerpos (análisis de sangre).

- Sí
 - No
 - No sé
- } → Pase a la pregunta 11.

10. ¿Alguna vez obtuvo un resultado positivo en una prueba de detección del virus de la COVID-19?

- Sí
- No
- No sé

11. Hay una prueba para detectar anticuerpos contra el virus que causa COVID-19. La prueba generalmente se realiza con una muestra de sangre. ¿Alguna vez le hicieron la prueba de anticuerpos para COVID-19?

- Sí
 - No
 - No sé
- } → Pase a la pregunta 13.

12. ¿Cuál fue el resultado de la prueba para detectar anticuerpos contra el virus de la COVID-19?

- Positivo o detectado
- Negativo o no detectado
- Indeterminado o equivoco (La prueba no pudo determinar si tenía anticuerpos contra la COVID-19)
- No sé

--	--	--	--	--	--	--	--

13. ¿Cuánto tiempo estuvo enfermo/a con COVID-19?

- Nunca → Pase a la pregunta 16
- Menos de 1 semana
- Al menos 1 semana, pero menos de 2 semanas
- Al menos 2 semanas, pero menos de 4 semanas
- Al menos 4 semanas, pero menos de 8 semanas
- Más de 8 semanas

14. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado/a por la COVID-19?

- Nunca → Pase a la pregunta 16
- Menos de 24 horas
- Más de 24 horas, pero menos de 1 semana
- Al menos 1 semana, pero menos de 2 semanas
- Al menos 2 semanas, pero menos de 4 semanas
- Al menos 4 semanas, pero menos de 8 semanas
- Más de 8 semanas

15. Mientras estuvo hospitalizado/a por la COVID-19:
(Seleccione todas las opciones que correspondan.)

- Estuvo en una unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Estuvo intubado/a.
- Se le sometió a diálisis renal.
- Ninguna de las anteriores.

16. Además de usted, ¿alguna otra persona con la que conviva se infectó con COVID-19 o tuvo la sospecha de haberse infectado con COVID-19?

- Sí
- No
- No sé

17. Además de usted, ¿alguna otra persona con la que conviva fue hospitalizado/a por COVID-19?

- Sí
- No

18. Durante la pandemia, ¿perdió algún colega, amigo, ser querido o familiar por COVID-19?

- Sí
- No

Responda las preguntas 19 y 20 en función del lugar en el que pasó la mayor parte del tiempo durante el pico de la pandemia de COVID-19 en su área.

19. ¿Cuántas habitaciones separadas tiene esa casa, departamento o casa rodante? Las habitaciones deben estar separadas por arcadas integradas o paredes que se extiendan por al menos 6 pulgadas y vayan del piso al techo. Incluya dormitorios y cocinas, pero no baños, porches, balcones, recibidores, vestíbulos ni sótanos sin terminar.

habitaciones

20. ¿Cuántas de estas habitaciones son dormitorios? Cuente como dormitorios las habitaciones de la casa, el departamento o la casa rodante que contaría si estuviera a la venta o para alquilar. Si es un monoambiente/loft, escriba "0".

dormitorios

21. Con usted incluido, ¿cuántas personas vivían en su hogar durante el pico de la pandemia de COVID-19 en su área?

personas

22. ¿Sentía que estaba demasiado lleno? ¿Que eran demasiadas personas para el tamaño del espacio?

- Sí
- No

23. ¿Cuántos niños/as o adolescentes menores de 18 años viven en su hogar?

niños/as

24. ¿Cuántos adultos que viven en su hogar necesitan cuidado debido a una discapacidad o a afecciones no relacionadas con la COVID-19?

adultos

25. En algún punto entre marzo de 2020 y la actualidad, ¿alguno de sus familiares o seres queridos estuvo viviendo en un hogar geriátrico, centro de rehabilitación u otro centro de atención a largo plazo?

- Sí
- No

--	--	--	--	--	--	--	--

REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

26. A continuación se incluye una lista de maneras de protegerse y proteger a los demás de una posible exposición a la COVID-19. ¿Con qué frecuencia ha practicado las siguientes medidas desde marzo de 2020?

	Nunca	Pocas veces	A veces	Usualmente	Siempre
a. Se lavó las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos o se aplicó desinfectante de manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Evitó tocarse los ojos, la nariz y la boca antes de lavarse las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Evitó el contacto cercano con personas enfermas, incluidas las personas con las que convive.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Mantuvo una distancia mínima de 6 pies de otras personas al salir de su casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Se cubrió la nariz y la boca con una mascarilla o una cobertura facial de tela al estar con otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Lavó y desinfectó superficies de alto contacto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Las siguientes preguntas son sobre preocupaciones que puede haber tenido durante la pandemia de COVID-19. Para responder estas preguntas, piense sobre el momento de la pandemia que fue más difícil para usted. Durante ese momento, ¿cuánto le preocupaba...

	No me preocupaba	Me preocupaba un poco	Me preocupaba bastante	Me preocupaba muchísimo
a. que usted pudiera contagiarse de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. que usted infectara a otra persona con COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. que alguien en su familia o un amigo cercano pudiera desarrollar una forma grave de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. que la atención de salud adecuada no estuviera disponible si usted o su familia se enfermaban de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. que usted o su familia no pudieran pagar el tratamiento o las pruebas de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. que usted o su familia no pudieran recibir atención de salud por otro problema médico (que no fuera COVID-19)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. que sus familiares u otras personas cercanas a usted no pudieran lidiar con el aislamiento/la soledad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. que usted no pudiera cuidar a familiares que necesitaran su ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. que usted pudiera perder sus ingresos por el cierre de su lugar de trabajo o que su horario se redujera a causa de la pandemia de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. que usted o su familia pudieran sufrir una pérdida económica significativa debido a la pandemia de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

28. ¿Tenía seguro médico antes de que comenzara la pandemia de COVID-19 (marzo de 2020)?

- Sí
 No

29. ¿Estuvo sin seguro médico en algún momento desde que comenzó la pandemia de COVID-19 (marzo de 2020)?

- Sí
 No → Pase a la pregunta 31.

30. ¿Durante cuánto tiempo estuvo sin seguro médico?

semanas meses

31. Desde que comenzó la pandemia de COVID-19 (marzo de 2020), ¿necesitó atención médica no relacionada con la COVID-19?

- Sí
 No → Pase a la pregunta 35.

32. ¿Recibió la atención médica que necesitaba?

- Sí → Pase a la pregunta 35.
 No

33. ¿Qué tipo de atención médica necesitaba y no recibió?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Procedimiento de diagnóstico
 Atención por una afección crónica
 Visita a un médico especialista
 Medicamento con receta médica
 Atención para aliviar un dolor
 Atención por una afección de salud mental
 Otro tipo de atención (especifique):

34. Hay muchas razones por las que las personas no pueden recibir atención médica durante la pandemia de COVID-19. ¿Fue debido a alguna de las siguientes razones que usted no recibió atención médica? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- No pudo programar una consulta con la anticipación necesaria.
 Tenía miedo de asistir a la clínica/al consultorio del médico.
 La clínica/el consultorio del médico no estaban abiertos.
 Su proveedor de salud le recomendó que pospusiera recibir atención médica.
 No pudo asistir a la clínica/al consultorio del médico (por problemas de transporte).
 No pudo comunicarse con la clínica/el consultorio de su médico.
 No supo dónde recibir atención médica/tratamiento o hacerse una prueba de detección.
 No tuvo tiempo o llevaba demasiado tiempo hacerlo.
 No podía pagarlo.
 No tenía seguro o el servicio no estaba cubierto por su seguro médico.
 No hablaba el mismo idioma que el/la médico/a, el/la enfermero/a o el/la recepcionista.
 No tuvo tiempo para ir a causa del trabajo.
 Se le negó la atención.
 No pudo conseguir personal de cuidado infantil o ayuda en el cuidado de un familiar.
 Otra razón (especifique):

35. En comparación con antes del comienzo de la pandemia de COVID-19 (antes de marzo de 2020), ¿diría que su salud física se encuentra ahora mejor, peor o igual?

- Mejor
 Peor
 Igual

36. En comparación con antes de la pandemia de COVID-19 (antes de marzo de 2020), ¿diría que su salud mental o emocional se encuentra ahora mejor, peor o igual?

- Mejor
 Peor
 Igual

Este espacio se dejó en blanco de forma intencional.
Pase a la pregunta 37 en la página siguiente.

--	--	--	--	--	--	--	--

REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

37. Muchas personas experimentaron cambios en las emociones y el comportamiento durante la pandemia de COVID-19. En comparación con cómo se sentía antes del comienzo de la pandemia (antes de marzo de 2020), ¿con qué frecuencia notó lo siguiente?

	Bastante más de lo usual	Un poco más de lo usual	Con la misma frecuencia	Un poco menos de lo usual	Bastante menos de lo usual
a. Sensación de nervios o ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. No poder dejar de preocuparse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Sensación de tristeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Sensación de enojo o irritabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Experimentar falta de motivación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Sensación de soledad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Sensación de desesperanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. Indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones. Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 (marzo de 2020):

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
a. Me resultó difícil comunicarme con personas fuera de mi hogar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Encontré nuevas maneras de conectarme con mi familia y mis amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Recibí asistencia emocional de mi familia o mis amigos cuando la necesité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Atravesé más conflictos en el trabajo o con mi familia, mis amigos u otras personas en mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Pude encontrar información confiable y precisa sobre la COVID-19 a partir de fuentes nuevas o funcionarios gubernamentales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. Indique en qué medida cada una de las siguientes afirmaciones describe sus sentimientos.

	Sí	Más o menos	No
a. Tengo una sensación general de vacío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Hay muchas personas en las que puedo confiar si tengo un problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hay muchas personas en las que puedo confiar plenamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cuento con suficientes personas con las que me siento cercano/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Extraño estar con otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. A menudo me siento rechazada/o.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

40. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su estado laboral antes de que comenzara la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Empleado/a a tiempo completo
- Empleado/a a tiempo parcial
- Trabajador/a independiente
- Jubilado/a
- De licencia por maternidad/paternidad
- Buscando empleo
- Desempleado/a
- Incapacitado/a para trabajar por problemas de salud
- Amo/a de casa
- Estudiante

41. ¿En qué lugar trabajaba cuando la pandemia de COVID-19 alcanzó su pico en su área? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- En mi casa
- En un entorno médico (hospital, clínica, consultorio médico, centro de atención de urgencia, etc.)
- En un edificio de oficinas o departamentos
- En un hogar o en hogares privados (como niño/a, personal doméstico, etc.)
- En un entorno con interacción habitual con clientes (servicio de entregas, transporte, venta minorista, servicio de alimentos, restaurante, etc.)
- En la comunidad como socorrista (policía, personal de emergencias médicas, bombero/a, Guardia Nacional, etc.)
- En un depósito o fábrica.
- Al aire libre (en jardinería, construcción, obras viales, etc.)
- Otro (especifique): _____
- No trabajé durante este periodo.

42. Cuando la pandemia de COVID-19 alcanzó su pico en su área, ¿usted continuó trabajando fuera de su casa en un servicio esencial (p. ej., como proveedor de atención de salud, socorrista, venta minorista esencial)?

- Sí
- No

43. ¿Fue despedido/a de su trabajo o se le ha reducido la carga horaria debido a la COVID-19?

Si tuvo más de un empleo, piense en el empleo que representa su principal fuente de ingresos.

- Sí
- No → Pase a la pregunta 45.

44. ¿Durante cuánto tiempo estuvo o ha estado sin trabajo o trabajando con horario reducido?

semanas meses

45. ¿Se jubiló como resultado directo de la pandemia de COVID-19 por motivos económicos, de salud u otros motivos?

- Sí
- No

46. ¿Su familia experimentó alguna de las siguientes dificultades financieras debido a la pandemia de COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- No poder pagar el alquiler o la hipoteca.
- No poder pagar sus facturas de gas, combustible o electricidad.
- No poder pagar sus facturas de teléfono (incluido el teléfono celular) o internet.
- No poder pagar alimentos por falta de dinero.
- Solicitud de mudanza o amenaza de desalojo o ejecución hipotecaria.
- Estar sin vivienda.
- Ninguna de las anteriores.

47. Desde la pandemia de COVID-19, ¿ha habido algún cambio en su patrimonio familiar?

El patrimonio es la diferencia entre los activos (como ahorros, acciones, el valor líquido de la vivienda) y las deudas (como la hipoteca, la tarjeta de crédito y préstamos estudiantiles).

- No, no hubo cambios.
- Sí, mi patrimonio familiar disminuyó.
- Sí, mi patrimonio familiar aumentó.

Este espacio se dejó en blanco de forma intencional.
Pase a la pregunta 48 en la página siguiente.

--	--	--	--	--	--	--	--

REGISTRO DE SALUD DEL WORLD TRADE CENTER

48. Para cada uno de los siguientes comportamientos, indique Sí o No. Si indica Sí, responda la pregunta adicional en cada fila.

	¿Hacia esto antes del comienzo de la pandemia de COVID-19 (antes de marzo de 2020)?		Después del comienzo de la pandemia, ¿lo hacía más o menos que lo habitual debido a la COVID-19?		
	No	Sí	Menos de lo habitual	Igual	Más de lo habitual
a. Fumar cigarrillos o vapear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Consumir bebidas alcohólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Consumir cannabis (marihuana), ya sea en forma recreativa o por motivos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Consumir analgésicos como OxyContin, Vicodin, Percocet, morfina o metadona, con o sin receta médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Consumir benzodiacepinas como Xanax, Valium, Klonopin o Ativan, con o sin receta médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Consumir Ambient u otro medicamento para dormir, con o sin receta médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Consumir drogas como cocaína, heroína, metanfetamina o alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. ¿Cambiaron sus hábitos de actividad física después del comienzo de la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020?

- Sí, hice más actividad física
- Sí, hice menos actividad física
- No cambiaron

50. ¿Cambiaron sus hábitos de alimentación después del comienzo de la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020?

- Sí, comí más
- Sí, comí menos
- No cambiaron

51. En promedio, ¿cuántas horas dormía la mayoría de las noches...

	Cantidad de horas		
a. antes del comienzo de la pandemia (antes de marzo de 2020)?	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>		
b. en el pico de la pandemia en su area?	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>		
c. en los últimos 30 días?	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>		

52. ¿Cómo calificaría su calidad del sueño en general...

	Muy mala	Bastante mala	Bastante buena	Muy buena
a. antes del comienzo de la pandemia (antes de marzo de 2020)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. en el pico de la pandemia en su area?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. en los últimos 30 días?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. Las siguientes preguntas son sobre la discriminación que puede haber experimentado en relación con la COVID-19 desde marzo de 2020.

	No	Sí
a. ¿Alguien le ha acosado o insultado en relación con la COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Alguien le ha atacado físicamente en relación con la COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Alguien le ha confrontado acerca de su conexión con países o comunidades con casos reportados de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Se le ha negado la prueba de COVID-19 o se le ha disuadido para que no se haga la prueba ni reciba tratamiento de parte de un centro médico cuando buscaba atención por COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Ha experimentado discriminación, se le ha impedido hacer algo, o ha sido molestado/a o se le ha hecho sentir inferior mientras recibió atención médica por COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Ha decidido no buscar atención médica para la COVID-19 para prevenir que le discriminen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--	--	--	--

ENCUESTA SOBRE COVID-19 DE 2021

54. Las siguientes preguntas son ejemplos de discriminación que puede haber sufrido en su vida. Para cada una de las siguientes situaciones, indique Sí o No. Si indica Sí, responda la pregunta adicional en cada fila.

	¿Alguna vez experimentó discriminación, le impidieron hacer algo, le molestaron o le hicieron sentir inferior en alguna de las siguientes situaciones debido a su raza, origen étnico o color?		Si la respuesta es Sí, ¿cuántas veces ocurrió?		
	No	Sí	Una vez	Dos o tres veces	Cuatro o más veces
a. En la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Al ser contratado o al buscar empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. En el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Al buscar una vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Al buscar atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Al recibir servicios en una tienda o un restaurante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Al solicitar créditos, préstamos bancarios o una hipoteca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. En la calle o un espacio público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. De parte de la policía o en un tribunal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. ¿Cómo identifica su género?

- Mujer
- Hombre
- Mujer transgénero
- Hombre transgénero
- Persona no binaria o de género variable
- Otro género (especifique): _____

Se solicita la siguiente información para ayudar a confirmar que esta encuesta fue completada por o en nombre del inscrito/a a quien se la envió. Se mantendrá la confidencialidad estricta de esta información. Si quisiera proporcionar esta información por teléfono, llámenos al 866-692-9827.

56. ¿Cuáles son los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social?

--	--	--	--

57. Use este espacio para hacer cualquier otro comentario sobre su experiencia con la pandemia de COVID-19.

Este es el final de la encuesta.

Gracias por completar la Encuesta sobre COVID-19 de 2021.
Le agradecemos sus comentarios y mantendremos la confidencialidad de sus respuestas.

**Devuelva la encuesta completa en el sobre que se le proporciona.
Si el sobre no estaba incluido o se perdió, llámenos al 866-692-9827.**

--	--	--	--	--	--	--	--